

November
1972

TEMA: Forebyggende helsearbeid

Årgang 1
Nr. 6

UTPOSTEN[®]

ALMINDELIG BLAD FOR PRIMÆRLEGER

UTPOSTEN nr. 6.

Da vi startet, tvilte vi på at vi kunne utgi mer enn 6 nummer av UTPOSTEN i året, men i dag ser det ut som vi kan klare 10. - Dette nummer er større enn tidligere numre, men UTPOSTEN bør kunne vokse seg ennå fetere.

Fetere i dobbelt betydning. Vi hadde håpet å få økonomisk støtte bl.a. fra Legeforeningen, som selv om de uttrykker sin glede over initiativet, dessverre ikke kan finne midler som kan brukes til å støtte UTPOSTEN. Hadde det ikke vært for våre annonsører som betaler en nokså dyr annonsepris, og den store interesse UTPOSTEN har vakt blant medisinstudenter, ville vi ha vært i alvorlige økonomiske vanskeligheter. Vi oppfordrer derfor fornøyde lesere til å hjelpe oss med å verve nye abonnenter!

AV INNHOLDET:

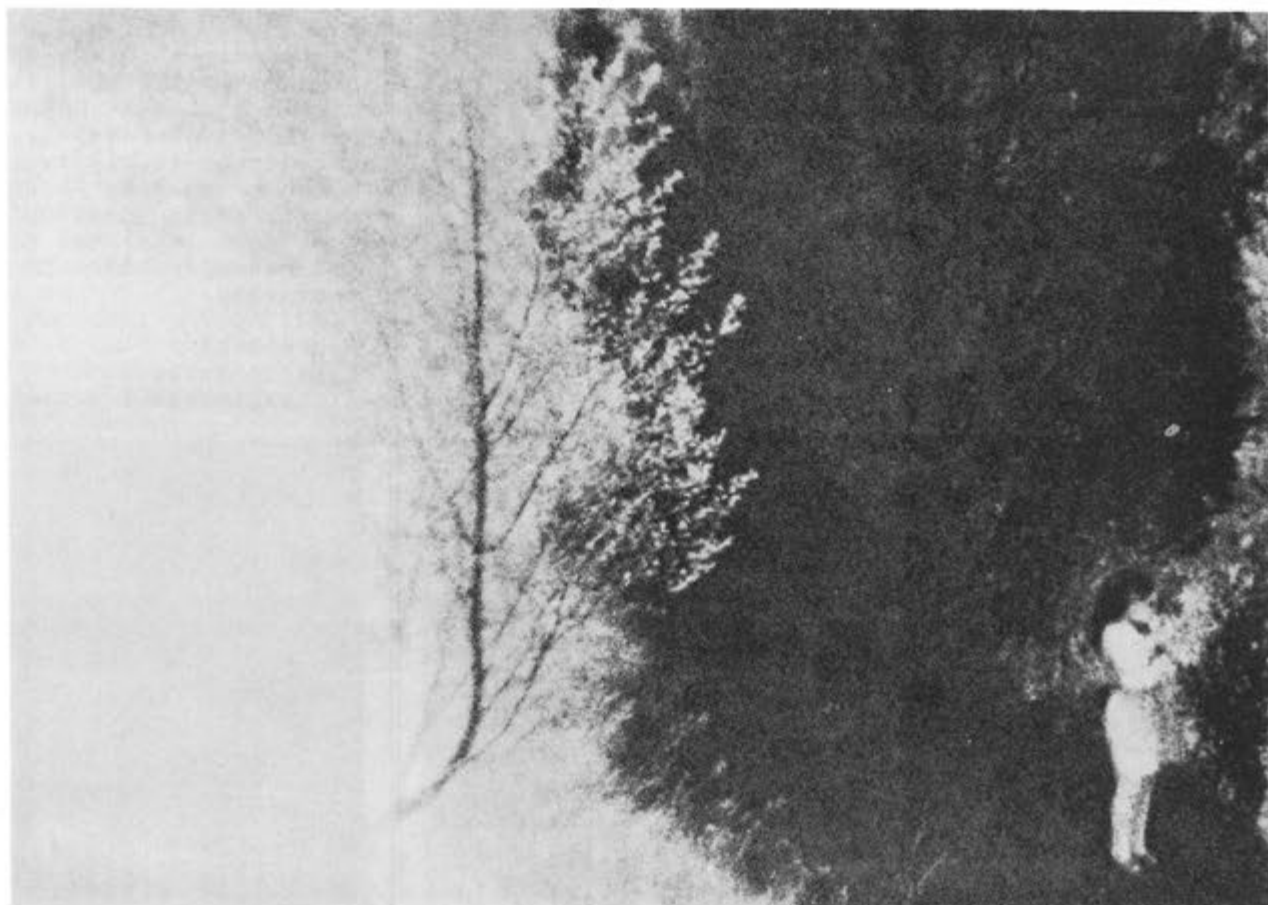
Dr. Arne Smit:
Bedriftslegeundersøkelser

Dr. Karl Evang:
Profylakse

Dr. Lorentz Nitter:
Behandling av terminale
kreftpasienter.

Dr. Henrik Seyffarth:
Kan noen trives i et yrke
de ikke er utdannet til ?

Dr. Peer Høvik:
Reisebrev



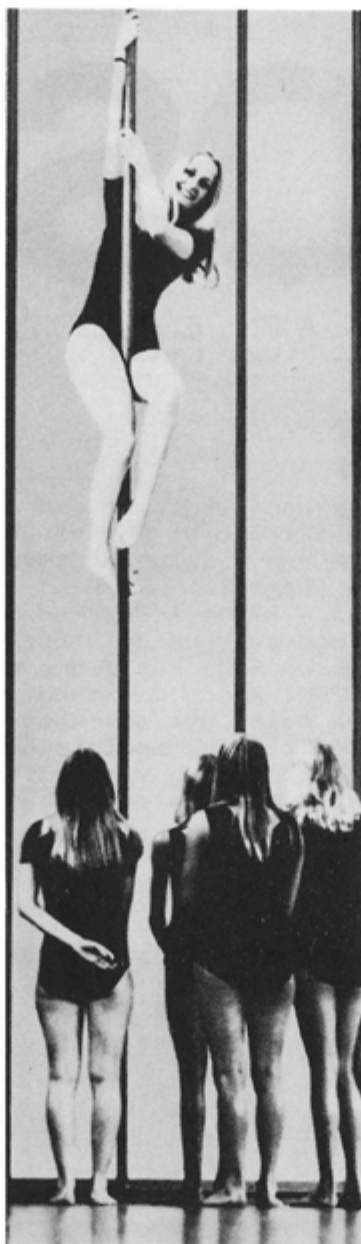
Hvor lenge skal legestanden forbli uskikket til å behandle holdningsfeil og belastningssykdommer?

Vi forundres ikke over at våre pasienter med muskel - smerter og holdningsfeil, etter et besøk hos sin doktor, løper rett til en kiropraktør. Alt for mange leger er ikke oppmerksomme på den behandling fysioterapeutene kan gi, og de prøver å avvise pasienten med den slags lidelser ved å rekke ham en resept på piller.

Pasientene er imidlertid ikke så dumme at de ikke skjønner den dårlige virkning av slik behandling, og kiropraktoren er like om hjørnet.

I dagens situasjon er dette sikkert den beste løsningen for flertallet av disse pasienter, men det vi savner, er legenes utdannelse i fysikalsk medisin. Akkurat på dette felt har man inntrykk av at de som har lagt opp undervisningen, ikke har det minste peiling på hvilke problemer som møter en når man kommer ut i praksis. Hvis disse visste hvor lite indremedisinske finurligheter samt nevrologiske spesialkasus man finner ute på en øy i Romsdalen, og hvor mye belastningssykdommer det her går rundt, så ville de to - talt sløffet de førstnevnte spesialundervisningene ved Rikshospitalet, og gitt skikkelig undervisning i fysikalsk medisin, slik at vi i hvertfall kom noenlunde på høyde med fysioterapeutene i diagnostikken.

Det later til at trygdekassene, ved Rikstrygdeverket, svever i samme uvidenhet som mange pasienter. De tror at legen har skikkelig utdannelse på området og er den eneste som kan foreskrive hva slags behandling som skal foretas, hvor mange behandlinger det skal være, og altså gi anledning til refusjon. Pasienten bør nok oppsøke lege før fysikalsk behandling, slik at andre sykdommer kan oppdages, men behandlingen når det gjelder kvalitet og kvantitet, må bli et samarbeide mellom fysioterapeut og lege. På den måten ville kanskje legen også få litt bedre utdanning i diagnostikk og fysikalsk behandling. Fysioterapeutene i dag er gjennomsnittlig meget bedre skikket til dette enn den gjennomsnittlige lege. Noe bedring i forholdene



kan man ikke regne med før Det Medisinske Fakultetet får luket ut en del profes - sors finurligheter som legger beslag på alt for mye tid i det medisinske studium. Isteden bør man legge vekt på ting som man kan få bruk for dersom man skal stå på egne ben i en praksis. Dette ville kanskje hjelpe på sø - kingen til legestillinger i periferien også. For å avslutte generelt vil jeg påpeke nytten av en "Feedback" fra utkantstrøkene til Det Medisinske Fakultet. Det kunne vel kanskje være av nytte for Fakultetet å oppsøke primærlegene for å høre hvilke ting de synes er nyttig i et eventuelt undervisnings - opplegg.

Red.

UTPOSTEN

Redaksjon:

Harald Siem
Per Wium
Halvor Denstad

Adresse:

6420 Aukra
tlf. Aukra 17
postgiro
34 78 23

Abonnement

kr. 50 pr. år

Utkommer med
ca 8 nr. pr. år

Trykk:
Lorentzen Bokindustri A/S
OSLO

LEGESKYSS I LOPPA

Til UTPOSTEN

Jeg sender et bilde av legeskyssbåten i Loppa. Vi er riktig stolte av båten - og særlig av mannskapet, og sender gjerne et bilde. Båten er 54 fot, 10 knop, radio, radar og autopilot samt egen legelugar og mye god mat gjør båten ganske u - unnværlig.

Med hilsen
Eystein Straume,
distriktslege i Loppa



VIDEOTAPE

Hva skal man gjøre med skolebarns dårlige holdning?



VIDEOTAPE - ET NYTTIG ALTERNATIV I ETTERUTDANNELSEN AV LEGER.

En av de store farmasøytiske fabrikker har vært på rundreise i Norge og demonstrert et hendig system for audio-visuell undervisning i form av videotape kassetter som kan avspilles hjemme i stuen. Man forestiller seg at det bygges opp et bibliotek, eller videotek hvor man kan bestille bånd som omhandler de emner man er interessert i. Det ble til og med ymtet frempå om at man ville kunne sende ut reminders i form av videotape, og på den måten klarere kunne formidle det man har å si.

Selv om dette systemet heller ikke kan erstatte det beste som utkantleger i alle fall har for faglig kontakt, er det sikkert en hendig og aktuell form for etterutdanning. Man skal imidlertid være meget forsiktig med å blande sammen begrepene informasjon og utdanning, selv om informasjon fra de forskjellige farmasøytiske industrier ikke direkte er reklame for sine egne preparater, er fristelsen stor til å trekke frem i lyset nettopp de forhold som gjør deres preparater velegnet til bruk. Det ville derfor være ønskelig at de forskjellige videotapeprogrammer blir produsert og distribuert uavhengig av noen farmasøytisk industri.

H.S.

Det som i første rekke slår en ved skolebarnsundersøkelsene, er forandringer i ryggen hos de eldre elevene. Min erfaring er at akseforandringer i ryggen, muskulære spenninger og smerter er mindre uttalt i de første klassene enn i 7., 8. og 9. At problemet er stort, kan man få inntrykk av ved å lese Henrik Seyffarths oversikter over emnet. Dessuten har man i Notødden gjort en større undersøkelse med intensiv terapi av barna med holdningsfeil, og det skal bli meget interessant å se det endelige resultat av denne undersøkelsen hvor både fysioterapeuter, gymnastikklærere, skolelege og helseøster har drevet et teamwork. At problemet ikke er lokalisert til byene, har jeg fått et levende inntrykk av her ute på en landsskole hvor 4 elever i en 7. klasse hadde så sterke smerter i ryggen at de av og til måtte

være borte fra skolen.

At dette er et stort problem i skolen, behøver man ikke gå til statistikken for å vise, men den sier at mellom 10 og 70 % av barna har holdningsfeil. Det esensielle er at dette er et markert problem, og at vi må gjøre noe med det. Dette synes jeg skulle være en oppgave for Norsk Skolelegeforening, med det ser ut som det foreløpig er overlatt til privat initiativ.

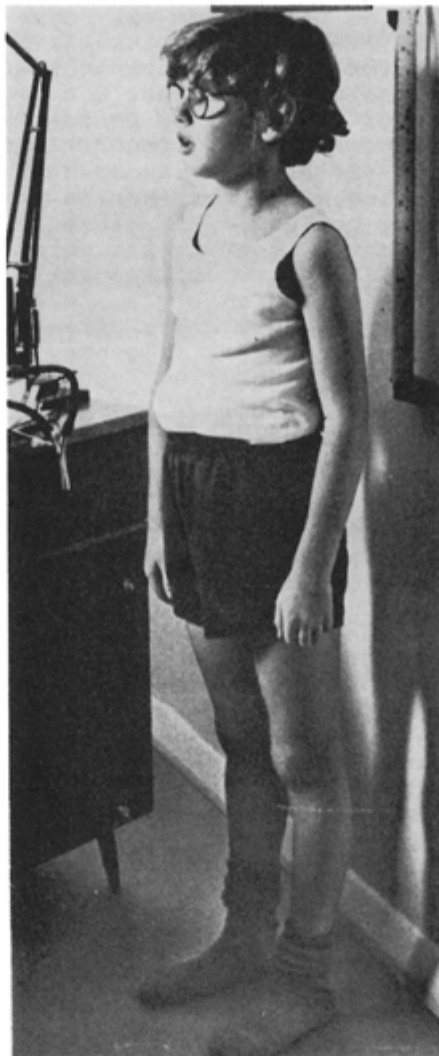
Jeg mener løsningen på problemet må ligge i tidlig opplæring av elevene til å bli holdningsbevisste og få følelsen av å ha kroppsbeherskelse. Jeg tror at de eneste som i dag vil kunne klare denne jobben, er fysioterapeuter, og kanskje spesielt mensendick-lærerinner.

I Oslo-skolen har man, så vidt jeg vet, forsøkt denne vei, men ute på landsbygden er fysioterapeuter og mensendicklærerinner langt unna, og jeg vil utfordre disse yrkesgrupper til å motta utfordringen dersom en skole i utkant-Norge trenger fysioterapeut i dette arbeidet. Dette vil jo kunne bli virkelig profylakse når man tenker på at 18 % av pasientene ved Statens Attføringscenter oppholder seg der på grunn av ryggplager.

Den nybakte skolelege, slik han ser ut i dag, er jo ikke skikket for denne oppgaven. Det er utrolig hvor lite fysikalsk medisin man har klart å putte inn i et studium på 6-7 år.

Når jeg først er inne på skolelegevirksomheten, etterlyser jeg et skikkelig standopplegg for skolelegenes arbeid fra Norsk Skolelegeforening. Når man som nybakt distriktslege skal tiltre som skolelege, er det ikke til å unngå at begynnelsen blir noe famlende. Feiltrinnene blir mange før selve arbeidet kommer i gang, og dette kan unngås ved å få et litt fastere opplegg fra Norsk Skolelegeforening.

P.W.

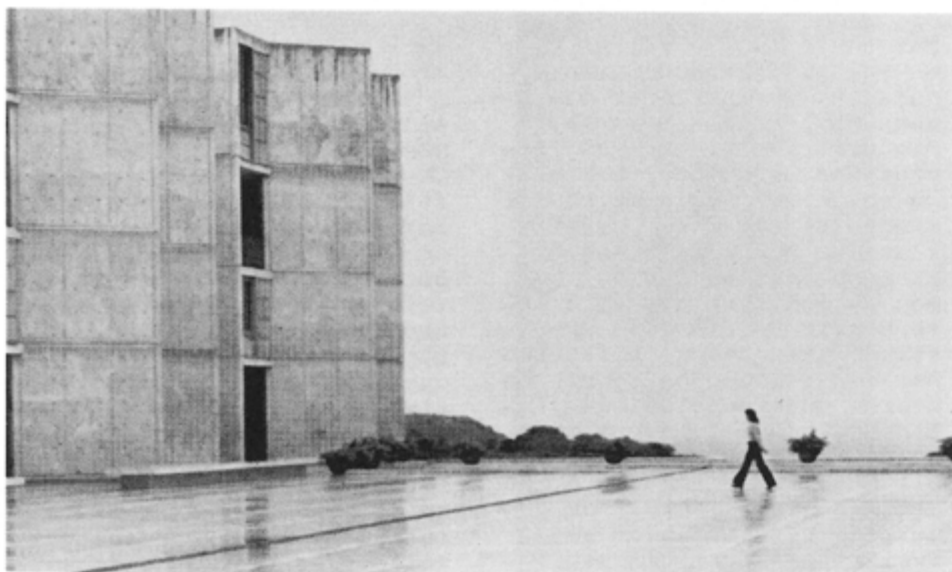


MEDICOVISION

SEND
DIN MENING!

Distriktslege

Leiv Tormod Hansen: . . . og så er sirkelen sluttet



1. Man vedtar en lov om svangerskapsavbrot i visse høve.
2. Loven blir ved noen sykehus tolket slik at det blir en lov om svangerskapsavbrot i alle høve.
3. Man skriver så i avisene om at det er stor forskjellsbehandling av abortsøkende avhengig av geografisk plassering, og at dette er urettferdig.
4. Man argumenterer så med at man må få en mer "rettferdig lov" som også er i pakt med "den praksis som blir fulgt".
5. Man forandrer så loven til å bli en lov om svangerskapsavbrot i alle høve

TABLETTER, TID OG PENGER

Distriktslege

PER FUGELLI

Værøy

I mange år har doktorene i Værøy og Røst skrevet ut resept på reseptpliktig legemiddel, gitt resepten til pasienten som så pr. post har sendt den til apotek i Bodø. Apoteket i sin tur har ekspedert resepten og sendt legemidlet pr. post tilbake til pasienten.

Denne ordningen har vært til ergrelse for godtfolk av to grunner. For det første tar det uventet lang tid ofte før medikamentet ankommer, i regelen fire-fem dager, av og til opp mot ti. Det lar seg forstå idet forskrivningen på sin vei fra reseptstadiet til tablett i hånden må innom fire postkontor (Værøy-Bodø-apotek-Bodø-Værøy) samt apotek. Den andre irritasjonskilden

ved ordningen er at selv billige legemidler blir dyre idet frakten på medisinpakken ikke skjelden overskrider selve legemidlets kostende. Vanligvis er portoen mellom fem og ti kroner. Slik var altså arrangementet med legemiddelforsendelse i Værøy og Røst, - til plage for doktor som for pasienter. Og slik, eller utilfredsstillende på lignende vis, kan det vel være i andre utkantområder, hvorfor følgende forslag til bedring legges frem:

Ved kontordagens slutt telefonerer doktoren dagens resepter til apoteket. Apoteket pakker forskrivningene enkeltvis og noterer pasientens navn og medisins kostnad utenpå hver pakke. Enkeltpakkene sendes i samlet pakke til det lokale medisinsutsalg (eller butikk) hvor pasienten henter og betaler medisinen, samt erlegger et ekspedisjonsgebyr stort kr. to.

Ved denne ordningen reduseres pasientens fraktutlegg til en ubetydelighet samtidig som tiden fra forskrivningen til tablett i hånden kortes radikalt inn. Videre er hensyn til taushetsplikt ivarettatt ved at det er en innpakket medisinforsendelse

som leveres ut, kun merket med pasientens navn og legemidlets kostnad. Dette er viktig, -man må ikke stelle seg slik at hele Samvirkelaget bruker dagen på å diskutere hva det kan komme seg av at han Peder sine hemorrhoider er blusset opp igjen osv.

Ordningen fører med seg et visst pluss på doktorens telefonregning. Hvis han er glad i penger, kan han dekke den merutgiften ved å forbeholde seg en del av ekspedisjonsgebyret. Ellers er ekspedisjonsgebyret tenkt å tjene som en liten lønn for det merarbeidet ordningen gir ekspeditøren på medisinsutsalget.

Jeg håper en og annen utpostkollega kan gjøre seg og sine pasienter nytte av denne meldingen.

**FLERE
GODE
FORSLAG?**

LESERBREV

Herr Redaktør!

Jeg har med interesse lest og fulgt utviklingen av de 3 første nummer av bladet og følger oppfordringen om å sende et bidrag.

Det er åpenbart at utkant-tjeneste byr på helt spesielle problemer, og bladet tar fortjenstfullt opp disse til behandling.

Med tanke på det nokså konsekvent valgte billedmaterieell i nr. 3, august -72, er det åpenbart at problemer for enkelte innen vår yrkesgruppe kan bli enorme. En forsinket pubertetsutvikling kan fra en amatørpsykiaters synspunkt se ut til å fiksere seg i en betydelig seksual-nevrose.

Enkelte av oss er jo gift. Men etter mange timers kontordag og lange kilometers sykebesøk, oppdager man at barn og kone rett og slett

har gått trett av å vente og er gått til sengs.

Ikke til å vekke! Søren også!

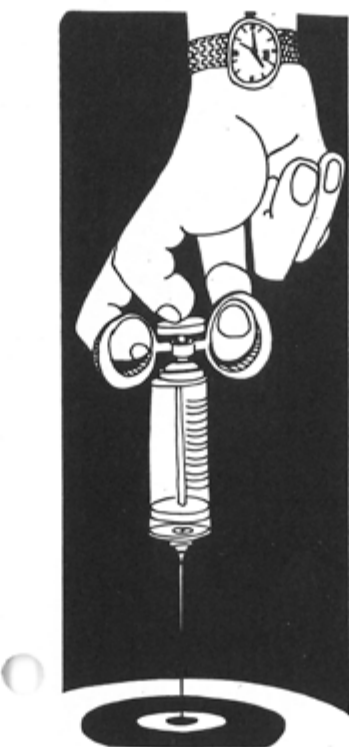
Pasientene er det uklokt å innlate seg med (s.2). Man er sjelden alene (s. 5 og s. 10).

Legesekretæren er enten gift selv, eller forholdene på småsteder er for gjennomsiktige (s. 11). Dessuten kan legens egen samvittighet by på problemer (s. 3).

Spøk til side, herr Redaktør. Er dette et seriøst foretagende som kunne bli en artig blanding av det spøkefulle og nyttige, eller akter Redaktøren fortsatt å kanalisere sine egne seksualproblemer når det "flyter over", - 8 ganger pr. år?

Oslo, den 27. september 1972.

Per Arne Norum



Herr Redaktør:

"Utposten"

er kommet med hittil tre nummer. Etter en intensiv reklamekampanje er bladet også kommet meg ihende. At det er for dårlig kontakt mellom almenpraktikere og at det er behov for å drøfte felles problemer, er det stort sett enighet om.

Jeg er likevel redd for at "Utposten" ikke blir det organ som får mest å bety for utviklingen dersom det ikke skjer en kraftig redaksjonell innstramning i følgende numre.

Første nummer ga inntrykk av en strikt redaksjonell linje. Også andre nummer var ganske lovende med en del leseverdige artikler, selv om man her fikk skremmende inntrykk av at redaktørene var i ferd med å renne tomme for stoff, og at behovet for fyllstoff begynte å melde seg.

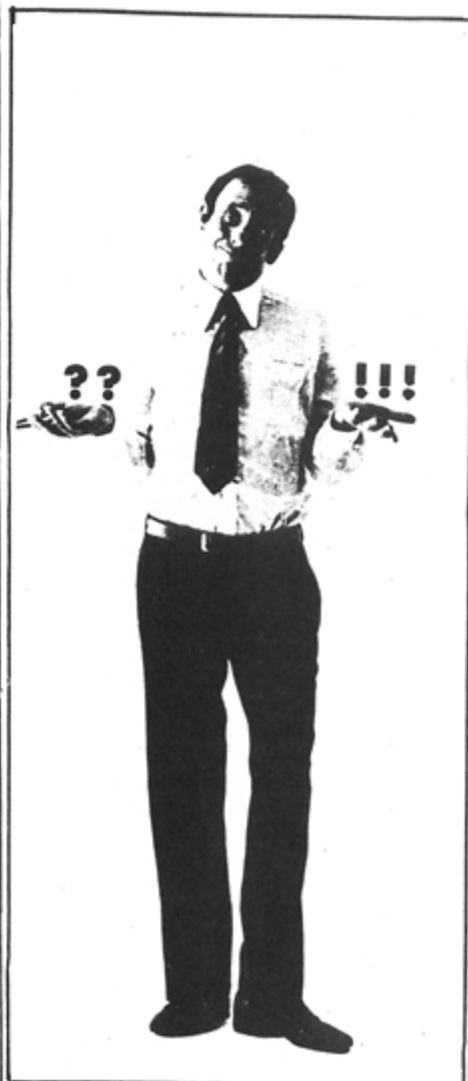
Når et tidsskrift vil være et bindeledd mellom almenpraktikere, bør det ta opp problemstillinger av felles interesse for denne gruppens daglige arbeid. Sjakk eller bridge burde ikke høre hjemme her. Det er ikke vanskelig å fylle bladet med båtprat, bilprat, spilleteorier o.lign., men det er vel ikke meningen? Blader av typen "Noe-for-en-hver-smak" faller lett mellom flere stoler og blir lett overfladiske.

Det er likevel tredje nummer som får meg til å gripe til pennen. Nummeret røper ikke bare stoffmangel, men også en redaksjonell smakløshet som er sjokkerende. Nummer tre har et utvalg av vitsetegninger som er så betendte at det er et legetidsskrift uverdigg.

En skal ikke ha hatt mye kontakt med folk før en oppdager at mange - særlig yngre kvinner - kvier seg for å gå til mannlige leger. Mange er redde for at det er andre og ikke bare medisinske grunner som ligger bak en grundigere medisinsk undersøkelse. Ved å presentere vitsetegninger av typen - den mannlige legen som "overfaller sin kvinnelige pasient mens han tar pulsen" o.lign. - er man akkurat med på å gi næring til en slik frykt. Tanken er så alt for nærliggende, og det er kjedelig at ansvarlige leger ikke skjønner sin utsatte posisjon, og avstår fra slike banaliteter.

Oslo, 2.10.72

Solve Tjora,
stud.med.



Kan noen trives...

ke. Idet den vanlige nevrologiske undersøkelse er negativ, får jeg derfor som en foreløbig diagnose gå inn for at det dreier seg om en belastningssykdom - med en meget ugunstig arbeidsstilling. Jeg tror ikke at man er en "pyse", - tvert imot, har han holdt på å ta seg litt for lenge, å døme etter de sterke muskelforandringer.

Behandling: Det er for meg vanskelig å avgjøre om han var nervøs før han begynte sitt nåværende mangeårige yrke. Sikkert er det at der nu er en viss nervøs anspenthet, og at han derfor må få en rekvisisjon på varme, massasje, avspenning og øvelser. Spesielt må man i slike tilfeller kontrollere pusteeøvelsene, og ved å ta i hans ømagstrium var der tydelige myoser som viser at han delvis har arbeidet med spent "mellomgulv". Samtidig går jeg til det skritt å gi ham Valium 5 mg inntil 3 g. daglig som en forsøksperiode.

Det gjelder å få bort smertene for at pasienten kan gjenvinne troen på at det går an å bli frisk, og det er ofte vanskelig uten bruk av ataraxia.

Den videre behandling er at han får i alt ca. 24 behandlinger med fysioterapi, og at jeg gir ham 1 injeksjon med Lidocain ca. 1 gang i uken i de myoser som jeg mener er årsak til hans smertetilstand. Disse myoser er også årsaken til at han på det nåværende tidspunkt ikke kan slappe av, og dette kan igjen forklare at han våkner om morgenen av smerte, så meget mer som han hviler på ømme nakkemusklener når han ligger på hodeputen. Jeg utelukker ikke at jeg kan ha tatt feil, men hvis da ikke symptomene gir seg etter den tid de pleier, skal vi si ca 2 mndr, - må jeg ta hele diagnosen opp til ny vurdering. Men som regel har jeg rett i den behandlingsdiagnose jeg har stillet, - nemlig at får jeg fjernet myosene og lært pasienten avslapning og en annen arbeidsmåte, - så vil det gå ham godt. Dog kan jeg ikke anbefale at han foreløpig tar samme yrke med en så anstrengende arbeidsstilling. Han må i hvert fall ett halvt år eller mere forsøke å finne seg en annen arbeidsstilling, og i et annet yrke om nødvendig."

Grimstad, 11.7.72

Dr.med. Henrik Seyffarth



REISEBREV:

Referat fra tur til Basel etter invitasjon av F. Hoffman La Roche 18. til 20. sept. 1972

Av dr. Peer Høvik, IAM, Bergen

Turen ble imøtesatt med en viss gru idet den startet et par dager etter den brutale flykapringen i Malmø, og avreisepdagen kunne jeg lese i BT at politiet hadde innredet et spesialrom på Flesland for kroppsvistasjon. Kilen som jeg er, så jeg frem til dette øyeblikket med den største fortvilelse. Opplevelsen på Flesland utble heller ikke, og knapt hadde jeg sjekket meg inn på Osloflyet før jeg ble etterlyst i høytaleren som den person "som hadde gjenglemt en ung, lys herrefrakk i tilbringerbussen". Frakken ble utlevert, selv om jeg ved eksaminasjonen ikke kunne huske verken dens nasjonalitet eller farge. Charterreisen spandert av Hoffman La Roche, skulle starte fra Oslo kl. 18,30, men med fremmøte på Fornebu 1 time før, så da høytaleren på Flesland senere annonserte en forsinkelse for avgangen Flesland/Fornebu til kl. 17,10, sank stemningsleiet like meget som spenningen steg, og i ventetiden tippet jeg 2 - 96 rekkers systemer på do, hvor jeg bestemte meg for å sende UTPOSTEN et referat fra turen.

Så her sitter jeg på Flesland fortsatt kl. 16,50 i 20 graders Indian summer varme og venter på SK 319 som må være på Fornebu innen kl. 18,00.

Kl. 17,05: Befinner meg i flyet, men i stedet for en rask DC 9 er jeg om bord i en gammeldags propell-flyvemaskin, men med det beroligende navnet "Fokker friendship". Kroppsvistasjonen er over. Den innskrenket seg heldigvis til en nitid beføling og eksplorasjon av min høyest mistenkelige fotobag som nok var litt interessant fordi jeg bruker den i stedet for lommer, og politiet kunne grafse i salver, penner, negleklippere, VG og stortingsmelding 85. Situasjonen med vistasjonen virket uhyggelig. Det var første gang i mitt 34 årige liv at jeg var blitt undersøkt. Det sier meg om vår tid, og drar nyhetene fra det store utland helt inn på binyrene. Nåvel, "Fokker friendship": We welcome you on board --and flying time to Oslo will be 55 min." Jeg regner fort $1705 + 55 = 18,00$, det skulle holde.

Forts.neste side

Reisebrev . . .



For en blasert og bortskjemt jet-passasjer gir det en egen opplevelse å sitte i en luftens karjol fra "forna dar". Den går langsommere, fredeligere og stillere og en ser så meget mer. Det er som å spase-re i steden for å kjøre bil: Det gir brus i hjerterøttene å kunne stige langsomt opp gjennom de 7 fjell og se Bergen glitre i motlys, dreie over mitt kjære sommersted "Høvikodden" i Fana med Casa blanca, flytebryggen, fortøyningsbøyen i lysende orange, og se min venn Bjørn tøffe ut fjorden med båten sin på fisketur. Og Fokkeren stiger videre og ruller godmodig med vingene mellom de 7 fjell av velvære over igjen å kunne vise sin verdighet på strekningen Bergen/Oslo.

Det jeg er på vei til, er en invitasjonstur til Basel fra firma Hoffman La Roche. Egentlig skulle professor Humer felt ha reist, men han var heldigvis forhindret, og dråpen falt på mitt hode som utpekt leder for legesenteret v/ Institutt for Almenmedisin i Bergen. Av det tilsendte program fremgår at det er en ren forlystelsestur, iblandet litt foredrag om Bactrim og Dalmadorm, (Hardangerjøkulen ligger som en silkeserviett under meg) og omvisning på fabrikk og institutt, men mer om det siden. Det skal blir rart å komme ut av EF-debatt og alle lystløgnene noen dager.

Kl. 18,40: Det holdt. - Er på vei ut runway'en om bord i Braathen SAFE "Fokker Fellowship" charterfl.nr. 1691, og jeg sitter her med menyen i hendene. Man burde alltid komme akkurat for sent nok. I Oslo stod hele Braathen SAFE og strakte ut sine hender mot min ankomst og min koffert og min frakk (som fortsatt var med). "De er den vi venter på-". Tenk for et privilegium. Selv i passkontrollen var jeg alene, så det gikk radig, og jeg fant fort den ventende flokken på

vei ut til flyet. Det var kolleger fra hele landet, samt endel farmasøyter. Jeg er så heldig å få plass i det fullpakke flyet ved siden av konsulent Blaauw fra Roche i Norge, og han gir en fin innledning og forberedelse til den videre tur. Så spiser vi oss frem til Basel på eggerøre, laks og skinke, kaffe avec, mens solen forgyller vesthimmelen, og København, Hamburg og Frankfurt etter tur funkler under oss som melkeveier. Vi er avslappet og nyter livet.

2 timer senere begynner nedstigningen mot Basel fra 10 000 m høyde, og tromme-hinnene nærmer seg faretruende falx cerebri, og øyeblikket etter lander vi på Basel Múllhouse som er Basels flyplass, men plassert i Frankrike. Det er første gang på fransk jord, så nå har vi vært der også.



Inne i ankomsthallen spyr en maskin ut koffertene våre, og etter at vi var godtatt av de maskingeværbevæpnede politiene som ikke-terrorister, var vi kommet til hotellfordelingen. Alle passasjerene ble opplest i rekke og rad, de med etternavn begynnende på A-M på Exselsior hotell, de fra M-T på Schweizer HOF, og resten på Admi -

ral hotell. Alle ble opplest uten meg. Typisk. Ikke opplest og ikke registrert. Men selv det er et privilegium. Som sagt, det å komme for sent nok. Mens alle de andre ble stappet inn i busser, fikk jeg egen sjåfør fra Roche og ble ført til det mest fornemste av alle hotellene, nemlig hotell Schweitser HOF hvor jeg blir plassert på overlege Andreassen fra Stord sitt rosetapetserte værelse med flisbelagt bad, fordi han var ført opp 2 ganger på listen!

Så er vi i Sveits med hardt vann, mørke gater, stinn luft, men mildt og med eplegrønne plener, roser i vinduene og mennesker av alle raser og avskygninger. Kontinentale dialekter og språk surrer i ørene, og en føler seg utenfor Norge. Etter å ha pakket ut, er det kun en ting som står i hodet: "Bier vom Fass", og etter forunderlig lang jakt på dette fluidas gull, får jeg slukket min tørst på en 3. klasses jernbanerestaurant og går til køys.

19.9.72. Jeg ønsker meg selv tillykke med dagen fordi det i dag er 6 år siden jeg begynte min solopraksis på Danmarks plass i Bergen. Kl. 7,30 blir jeg vekket av en livrèkledd servitør som kom inn med en herlig kontinental frokost med varm kaffe. Fra vinduet i 6.etg. har jeg god oversikt over Bahnhofplads og Basel, men blir slått av den kontinentale luftforurenningen, en skitten grågul, ubestemmelig masse som mest av alt minner meg om de ovnshallene jeg en gang arbeidet i som student. Kl. 9 kommer det busser og henter oss foran hotellet, og vi blir kjørt systematisk og direkte inn til "Odysse 2001", i dette tilfelle Roche's representasjons lokaler omgitt av en park med grønne plener og moderne skulpturer, marmorgulv, kjempehøy takhvelvning, kombinert med det mest moderne og utsøkte i møbler. Videre ned i auditoriet hvor det etter en kort introduksjonstale og velkomsthilsen, skjer det under at hele forveggen forsvinner og vi får se et multi visjons show av særegen klasse, bestående i at vi samtidig får se 3 lysbilder ved siden av

Forts.neste side



hverandre og på denne måten får en malende fremstilling av hele Roche's livshistorie fra de første reagensglass frem til de millioner av piller som spys ut hver dag. Etter dette verdens vidunder blir vi delt opp i grupper og vist rundt på de forskjellige avdelinger. Min gruppe ble først tatt opp til avdelingen for spektografisk undersøkelse og det slo meg denne idé og oppfatning som senere under oppholdet ble bekreftet, at Roche har vært geniale i å finne genier. Lederne for de respektive avdelinger var idealister, hengivne forskere som med glød og iver hadde kastet seg inn i sine oppgaver. Etter det jeg fikk vite, skjer rekrutteringen til Roche's forskningsstab slik at firmaet tar kontakt med de beste universiteter og med folk som utmerker seg ved sin innsats. Den neste avdelingen var dyrevetenskap hvor det gjøres avanserte forsøk på dyr når det gjelder hjerneregistrering for å forske ut de forskjellige sentras funksjon. Det ble her avslørt at de drog stor nytte av forskningen fra NASA ved at de hadde kunnet benytte seg av mikrodeler fra romforskningen. På en avdeling for schistosoma møtte vi en forsker som hadde arbeidet i 15 år på å finne et stadig bedre middel mot denne utbredte folkesykdom som rammer 200 mill. mennesker.

Noe av det mest interessante var avdelingen hvor Roche tar opp problemene med konkurrenters imitasjon og forfalskning av Roche's produkter. Det er nesten nifst å høre om de til dels grove misligheter som her skjer, bl.a. at en hel skipslast

med angivelig Roche's produkter var kommet inn i et så strengt land som Canada før det ble oppdaget at det hele var et falskneri i stor internasjonalt kriminalstil. Etter forfriskninger gikk vi så over til den mere faglige del hvor dr. Trumla fremmaterialer vedrørende bactrimforskningen og sammenlignet undersøkelser med andre antibiotika som bekreftet at Bactrim er et godt alternativ til de vanlig kjente og en god reserve å ha, spesielt der hvor det ikke er tid til nærmere bakt. u.s. En dr. Le Franc snakket om det nye sovemiddel Dalmadorm hvis største fortrinn var doseringsmuligheter fra 15 og opp til 60 mg. Dr. Wickstrøm fra Haugesund fortalte så om en sammenlignende undersøkelse som var gjort mellom Alypropymal og Dalmadorm og som viste at sistnevnte er et godt alternativ ved søvnforstyrrelser. Etter en deilig lunch på firmaets spesialkantene ble hele besøket tilbørlig fotografert ved siden av en skulptur ved inngangen som mest lignet et ufullendt verk, bestående av et rødt rør som stakk til himmels. Fotografen fortalte at det på folkemunne kaltes for omsetningskurven til Roche. Om ettermiddagen var det anledning til å få se kunstmuseet i Basel, et høydepunkt som i seg selv gjorde reisen til en opplevelse. Her var all billedkunst representert fra de første apostler til den siste Picasso, og guiden som ledet oss gjennom tidene, var en ubetalelig kvinnelig kunstentusiast som på en ubeskrivelig måte fikk revet oss med i sin innlevende fremstilling og suverene fortellerevne.

Etter dette var det anledning for de enkelte å vandre rundt i byen, gjøre små innkjøp, men tilbudet var ikke bedre enn i Norge og prisene høyere, så det ble stort sett med titten. Om aftenen var vi Roche's gjest i Sloss Botmingen hvor det uten knus sel ble servert vin og fire retters middag, bevingede taler og andre mer eller mindre velvalgte ord. Aftenen endte ut i en gruppering hvor de som var interessert, fordelte seg på Basels flere nattlige etableringer.

20.9.: Mangel på søvn kan ikke gjøre noe med det fantastiske inntrykk vi fikk av filmen "The Silent revolution" som er en samproduksjon mellom Geigy, Sandoz og Roche, og som viser oss hva som skjer rundt i verden i dag, men som bare kun et lite fåtall av informerte kjenner til når det gjelder tekniske fremskritt og forskning som tar sikte på tiden 10 til 20 år foran oss, og enda lenger. Jeg sitter og er takknemlig for at jeg kan være i den situasjon å dra nytte av all den forskning som blir gjort, men jeg forsøker også å sette meg inn i den situasjon at jeg selv var en av forskerne, men kommer til at jeg er glad over å kunne være tilskuer og ikke så snevert opptatt av ett eneste problem.

Tilslutt ble vi ført bort til Roche's "Institute of Immunology", ledet av prof. Gjerne - en dansk vitenskapsmann som med stor suverenitet satte oss inn i det nyeste når det gjelder immunologi. Dette instituttet er reist av Roche uten konversielle interesser og henter til seg forskere fra hele verden til 1-2 års opphold. Prof. Gjerne nevnte at man i dag er tvunget til å ta opp de biologiske spørsmål uti fra de kjemiske kunnskaper man sitter inne med, og at forskningen i fremtiden vil gå ut på mer å mobilisere organismens eget forsvar til bekjempelse av sykdom og forebyggelse av lidelser. Det er vel ingen overdrivelse å si at man her har verdens beste immunologer på verdens beste institutt. Her var det ingen avdelinger, ingen titler, alle equal, ingen formell autoritet. Arbeidet ble utført som det falt

Reisebrev ...

den enkelte og gjerne i grupper på 3 og 4. Det var en temmelig stor "turn over" av forskere som etter oppholdet gikk tilbake til sine respektive universiteter og bragte erfaringene videre. Prof. Gjerne gav oss en innføring i antistoffmolekylen og dens oppbygning, men det vil føre for langt å gi et referat fra dette foredraget, men det var mye interessant å høre fra en forskning som sikkert får stor praktisk konsekvens innen få år.

Med dette besøk til Institutt for immunologi var turen til Basel ved veis ende, og vi ble transportert til bussene ut mot flyplassen hvor vi hadde god tid til å nyte solen i 25 graders varme.

På vei tilbake mellom Basel og Oslo ble det igjen servert et herlig måltid og stemningen var høy til det



siste, og den eneste som ble tatt av tollen i Oslo, var undertegnede, men det er en annen historie.

Tilbake i Bergen samme aften fikk jeg sette SAS's service på en prøve. Min koffert var ikke kommet med flyet fra Oslo, til tross for tilbørlig ekspedering. Etterlysningen bestod av en nitid registrering av dens form og innhold - den var selvfølgelig ikke merket med **NAVIA!** og dette tok såpass tid at bussen til byen gikk fra meg. Men SAS spanderte pronto en taxi, og senere på kvelden ble kofferten levert til mitt hjem med spesialbud. En selvfølgelighet? Ja, men ikke desto mindre omponerende!



nensch ist ein chinese - jeder 3. mensch ist ein chinese - jed
: so - das ist so - das ist so - das ist so - das ist so - das



jeder 3. patient leidet an beschwerden im oberbauch - jeder
- das muß nicht sein - das muß nicht sein - das muß nicht s

SYKEHUS I KINA DEL III

Fra boken «Away with all
pests ... An English surgeon
in People's China».

Av dr. Joshua S. Horn
Oversettelse ved Jan Ditlev

DEMOKRATI VS. BYRÅKRATI.

Det er ikke få besøkende ved vårt sykehus som har kommentert demokratiet som er åpenbart selv ved et kort besøk. Jeg har arbeidet ved sykehuset siden det ble bygget i 1956, og jeg har opplevd et dyptgående demokrati som jeg ikke har sett maken til andre steder.

Leger, pleiere, tjenestemenn, fyringsarbeidere, administrasjonsfolk, partifunksjonæren, vedlikeholdsarbeidere, gartnerne osv., nesten 900 stykker til sammen, inntar alle sine måltider i en felles spisesal. Vi henter maten vår selv, og betaler med matbilletter som kjøpes en gang i måneden. Min lunsj koster gjennomsnittlig et beløp som svarer til 50 øre (sixpence). Vi hører alle til den samme fagorganisasjon, avgiften til denne er 1% av lønnen. Ingen har privat praksis i tillegg til jobben sin, og alle vet hva de andre tjener.

For noen år siden vedtok Regjeringen at 43% av alle arbeidere, selvsagt også sykehusarbeidere, skulle få en lønnsøkning. Noen retningslinjer ble foreslått som hjelp til å bestemme hvem som skulle ha forhøyelsen: de lavtlønnede skulle velges før de høytlønnede; holdningen til byggingen av sosialismen skulle ha betydning, de som hadde store forsørgelsesbyrder og de som ikke hadde fått lønnsøkning på en tid, skulle prioriteres, arbeidsevne skulle belønnes.

Med disse retningslinjene som hjelpemiddel, ble det avholdt diskusjonsmøter på alle avdelinger og en navneliste ble utarbeidet og oversendt administrasjonen. Administrasjonen gjorde noen mindre forandringer i henhold til deres egne vurderinger og sendte så listen tilbake for videre diskusjon. Etter noen uker av drøftelser enedes man om en liste som anbefalte 43% av totalstaben, og disse fikk sine pålegg i rett tid.

Det aktuelle lønnsnivå er lavt i Kina om vi omregner det til europeiske valutaenheter. Imidlertid er det min erfaring at svært få kinesere regner seg selv for å være fattige. De har riktignok ikke så mye penger, men det dekker behovene deres og gir noe til overs. De betaler

Forts. neste side



Sykehus i Kina...

ingen inntektsskatt, mat og klær er billige, husleiene er symbolske og sparsommelighet og enkelt levesett er dagsorden.

Min erfaring etter 14 år i Kina er at det kinesiske folk har et rikere kulturelt liv, de er mer artikulerende, de bruker fritiden på en bedre måte, dessuten har de en større forståelse av hva de selv ønsker og hvordan de vil nå sine mål, enn noe annet folk jeg har møtt. Det gjør dem rike, ikke fattige.

Jeg tror de fleste av mine britiske kolleger ville si seg enige i at leger og sykehusadministratorer synes å være naturlige fiender.

Slik er det ikke i Kina. Alle viktige administrative beslutninger blir tatt på grunnlag av en anbefaling fra en komité som består av valgte representanter fra alle grupper og avdelinger. Administrasjonsfolk og partifunksjonærer må i henhold til regler som gjennomføres over hele Kina, bruke en dag i uka til manuelt arbeid i sykehuset, som å vaske gulvene, fyre i ovnene eller servere mat. Dette holder dem i kontakt med de faktiske forholdene og er en mektig korrigerende av et begynnende byråkrati. Når en sykehusdirektør vasker en avdeling, gjør han det under ledelse av en avdelingstjenestemann. Tjenestemannen får således en førstehåndsvurdering av hans holdninger og kan gjøre ut av med tendenser til overlegenhet.

Noen regner det som spill av tid for en dyktig administrator å vaske toiletter eller skuffe kull. Det er faktisk en motsigelse mellom knappheten på utdannet personell på den ene siden og kravet til at de skal bruke en del av tiden til ukvalifisert arbeid på den annen side.

Kinas Kommunistiske Partis syn er, imidlertid, at hovedmotsigelsen ikke ligger her, men i tendensen i at de som er i stillinger som gir autoritet, blir byråkrater som utsteder ordrer fra sine kontorer uten å undersøke de problemer de befatter seg med, og som gradvis skyver sine egne interesser i forgrunnen. Denne tendensen er veldig sterk, og selv om man kan motstå den med stor ka-



rakterstyrke, kan administratorer lett bli byråkrater dersom de ikke blir konfrontert med et sterkt korrektiv, såsom å delta i manuelt arbeid.

Knappheten på utdannet personell er bare temporær, mens nødvendigheten av å opprettholde sterke, nære bånd mellom administratorer, funksjonærer og folket, samt å rykke bort byråkratitendenser, den nødvendigheten er permanent.

Selv om "titusener av oppgaver skriker etter å bli utført, alle like omgående", insisterer Kinas Kommunistiske Parti derfor på hyppig deltagelse i manuelt arbeid fra administratorers og partifunksjonærers side.

Min erfaring er at det snarere er brukt for lite enn for mye tid på denne måten, ettersom det de siste årene før Kulturrevolusjonen var en tendens til at denne utmerkede regelen ble tilside-satt.

Forholdet mellom leger og kvinnelige pleiere er i kinesiske sykehus vesensforskjellig fra hva jeg er vant til fra England. Mens mange unge leger i Vesten regner vakre pleiere som et naturlig bytte, er det langt fra slik i Kina. Mange som besøker Kina, får inntrykk av at kineserne er puritanske i sitt forhold til sex. Dette er forståelig da kokketteri ikke blir regnet for å være i tråd med det nye samfunn-

Dette tema er for omfattende til å bli tatt opp her, jeg ønsker imidlertid å understreke at det finnes meget gode historiske og sosiale grunner for kinesernes forhold til sex. Av alle verdige endringer som fant sted i Kina etter frigjørelsen, var endringen i kvinnenes stilling en av de største. Fra å være uten rettigheter, ble de nå politisk, sosialt og økonomisk likestilt med menn. En slik samfunnsomforming har selvsagt også hatt stor innflytelse på forholdet mellom kjønnene. En løstaktig holdning til kvinner regnes ikke som en liten personlig synd, men som noe politisk reaksjonært. Hva som er puritansk og uanstendig, kan bare slås fast med referanse til almene moralske og politiske standarder i samfunnet.

Mange aktive kvinnelige pleiere er gift og har barn. I Kina er ikke pleiearbeidet et forekteskapelig mellomspill, men en verdig livslang arbeidsoppgave. Vårt sykehus har et dagjem for barna til alle typer sykehusarbeidere. Selvsagt hender det ofte at pleiere gifter seg med leger på sykehuset, men de kunne like gjerne gifte seg med andre sykehusarbeidere. Forholdet mellom de to etter ekteskapsinngåelse er også annerledes i Kina enn i Vesten. Gifte kvinner opprettholder sine opprinnelige etternavn og beholder identiteten på alle vis. De blir heller aldri referert til som "Fru Dittogdatt", men som "Kamerat Dittogdatt" eller ved fullt navn. I spisesalen sitter ikke mann og kone nødvendigvis sammen, snarere sitter de sammen med sine medarbeidere. Under Kulturrevolusjonen skjedde det av og til at ektefellene fant hverandre i motstridende politiske leire. Slik deltok de på forskjellige møter, førte an med ulike politiske slagord og satte opp sterkt kontrære plakater. Vanligvis affekterte dette ikke harmonien i deres private forhold.

Dette ble nylig illustrert under en diskusjon om Kulturrevolusjonen i avdelingen. Mange av de tilstedeværende hadde roste en ung kirurg for å være politisk venstreorientert, sympatisk i sitt

Forts. neste side

Sykehus i Kina...

forhold til pasientene og dyktig som fagmann. Mot slutten av møtet ble jeg over-rasket av en vakker ung pleier som jeg alltid hadde holdt for å være sky og tilbakeholden. Nå snakket hun lenge og lidenskapelig. Etter å ha skissert hvordan Kultur-revolusjonen hadde forløpt ved sykehuset, rettet hun angrepet mot den unge kirurgen som nettopp var rost av de andre. "Jeg vet han er en dyktig lege," sa hun, "men han er ingen venstreradikaler. Jeg vet hva jeg snakker om. Jeg er gift med ham. Når han kommer hjem om aftenen, forteller han meg alltid om de vellykkede operasjonene han har utført, men han forteller aldri hvorfor han utfører dem. Han forteller ikke om han gjør det for å bli berømt og få anseelse, eller om det er for å tjene folket. Han kan lese kirurgiske tidsskrifter i timevis, men så snart han tar for seg et bind av Mao's verker, blir han søvnløs. Han setter pris på å bli overlesset med arbeid på klinikken. Da har han en unnskyldning for ikke å være aktiv i Kulturrevolusjonen. Han er blitt tunghørt, men når jeg snakker med ham om politikk, blir han helt døv. Denne revolusjonen har rørt de fleste av oss til det innerste, men den har overhode ikke trengt nær sjelen hans. Han er absolutt ingen venstreradikaler. I beste fall kan vi si han sitter på gjerdet. Og om han ikke er for-siktig, blir han høyreorientert!"

Hun stoppet brått og rødmet av opphisselse.

Det var en enestående demonstrasjon av politisk integritet. Hun elsker sin mann, og fordi hun elsker ham er hun bekymret over hans politiske sløvhed.

Det er adskillig større likestilling mellom leger og pleiere i Kina enn det er i Vesten. Såvel leger som medisinske studenter, deltar i pleiearbeidet under ledelse av erfarne pleiere. Pleiere deltar sammen med legene på avdelingsrunder og arbeider sammen med dem i team med gjennomført arbeidsdeling. Det er ikke stor forskjell i lønn, og boligene som stilles til disposisjon, er de samme for pleiere og leger.



Grensene mellom de respektive arbeidsområder er ikke så strenge som i Vesten. Man bestreber seg på å bryte ned skillet mellom profesjoner. Kinesiske pleiere utfører hyppig gjøremål som intravenøse injeksjoner o.a. som i Vesten vanligvis utføres av leger. Stadig flere pleiere læres opp til å utføre nar-kose og operasjonspleiere assisterer ved operasjoner.

Etter at linjen ble å orientere helsetjenesten mot landsbygden, er det blitt vanlig å velge ut erfarne pleiere og lære dem opp til å arbeide som leger. Dette får sikkert håret til å reise seg på hodet til mange vestlige kolleger, og jeg må innrømme at også jeg nærte bange følelser i begynnelsen. Dette reflekterte sikkert en vane-konservatisme i medisinske spørsmål.

Etter å ha sett resultatet av denne politikken, har jeg ikke bare forsonet meg med denne forandringen, jeg støtter nå denne linjen fullt ut. Sunt vett, respekt for pasientenes interesser, praktisk erfaring og ansvarfølelse er når alt kommer til alt de viktigste forutsetningene i medisinsk arbeid. Det er ingen grunn til å anta at en erfaren pleier skulle ha mindre av dette enn en ung lege som har et par år lengre studietid. Jeg ønsker ikke å undervurdere verdien av teoretiske studier. Tvert imot er det av stor verdi å ha et godt tak på teorien. Men jeg er enig med Formann Mao i at praktisk anvendelse av det en har lært også er læring. De pleiere som blir valgt ut for opplæring til legevirk-somhet, blir frigjort fra

alle andre gjøremål i minst seks måneder. I denne tiden gjennomgår de et intensivt utdanningsopplegg i medisin.

Den tidligere oversøster på vår avdeling i hånd-kirurgi er nå lege på samme avdeling. Hun imponerer meg ofte med sin inngående kjennskap til håndens kompliserte anatomi og fysiologi. Hun assisterer andre kirurger i kompliserte operasjoner og de assisterer henne i enklere kasu. Hun er beskjeden, hendig og ivrig etter å lære, og jeg er sikker på at hun om noen år vil bli en fullt ut kompetent kirurg på sitt område.

De fleste pleiere som blir leger, blir tildelt arbeid i landsbyer, fabrikker og gruver. I landsbyene er de til stor hjelp for barfotlegene (peasant doctors). Disse utdannes i store antall (beskrevet annet sted). Videre supplerer de det eksisterende industrielle helsevesen i fabrikker og gruver.

Det blir understreket at slik opphjelptil pleiere ikke er belønning av talent, men en metode til å gjøre de erfarne enda mer i stand til stadig å tjene folket bedre.

I dette kapittel har jeg forsøkt å gi et bilde av de forhold som finnes mellom leger og pasienter og mellom stabsmedlemmer i kinesiske sykehus. Hva jeg har skrevet, er basert på min egen erfaring, og den er selvsagt begrenset.

Jeg ønsker ikke å gi inntrykk av at alle inngrrodde holdninger og fordommer er avskaffet på et magisk vis, og at alle problemer er løst. Hva som har skjedd, er resultatet av en uforminskert kamp, og det er ennå mye som må forbedres.

Forts. neste side

Sykehus i Kina ...

Egenkjærlighet, uansvarlig -
het og strebing etter karri-
ere finnes fremdeles i den
medisinske staben. Unngåe -
lige medisinske feilgrep
finner fremdeles sted. Det
hender også at pasienter
fremmer urimelige klager. No-
en administratorer og parti-
funksjonærer snakker tomt om
dyden ved å delta i manuelt
arbeid, mens de selv konse -
kvent prøver å lure seg unna
når det kommer til saken. Alt
tatt i betraktning er også
fagforeningen blitt en del
mere enn en velferdsorgani -
sasjon.

Disse og andre mangler for -
ringer ikke essensen av dagens
situasjon i kinesiske sykehus:
solide bedrifter og bemerkel-
verdige fremgang. Alle ek -
sisterende mangler blir før
eller siden tatt opp og ret -
tet på. Spesielt nå, under
Kulturrevolusjonen, blir alt
som ikke passer med Kinas so -
sialisme, alt som er skralt
og annenrangs ubarmhjertig
kritisert, vraket og fortrent.

Om jeg skulle skrive denne bo -
ken om noen år, er jeg sikker
på at det fremdeles var en
rekke forhold å kritisere, men
de ville ikke være de samme
som jeg kritiserer nå. Jeg vil -
le fremdeles være i stand til
å peke ut problemer som må lø -
ses, men de ville ikke være de
samme problemer som plager oss
nå.

...

THE REVOLUTION CAN ONLY BEGIN,
NEVER ENDS.

- Bernadette Devlin

Serlen om Sykehus i Kina avsluttet

Helsedirektør Karl Evang:



PRIMÆR, SEKUNDÆR OG TERTIÆR FOREBYGGELSE

UTPOSTEN har bestilt et inn -
legg om de begreper som er
nevnt i tittelen, og selv om
det var andre ting jeg hadde
mere lyst til å skrive om -
særlig de mange rare misfor -
ståelser omkring Stortings -
melding nr. 85 - er jeg pent
nødt til å etterkomme anmod -
ningen, særlig etter den
skamros jeg ga UTPPOSTEN på
vårt siste distriktslegemøte

Altså: Særlig etter den an -
nen verdenskrig begynte det
stadig hyppigere å dukke opp
særlig i amerikansk littera -
tur, en til å begynne med
temmelig forvirrende oppspal -
ting av begrepet "prevention".
Man talte om:

Primary prevention =
prevention of occurrence.

Secondary prevention =
prevention of progress.

Tertiary prevention =
prevention of sequelae.

Etter hvert har disse begre -
pene fått fotfeste i generell
medisinsk og særlig hygienisk
og sosialmedisinsk språkbruk,
og det er etter hvert også
oppnådd noe bedre - om enn
ikke fullstendig - enighet om
begrepenes innhold.

Primary prevention = preven -
tion of occurrence, kan greit
oversettes med forebyggelse
eller forebygging av en syk -
doms eller lidelses oppståen.
Dette svarer meget nær til
det tradisjonelle innhold i
begrepet forebyggelse. Man
tar skritt med sikte på å
hindre at en sykdom, skade,
defekt eller annen lidelse
eller funksjonshemming i det
hele får mulighet for å opp -
tre hos et individ eller i
en befolkning. Slike primært
forebyggende tiltak vil som
vi vet, enten kunne rettes
mot det skadelige sykdoms -
fremkallende agens (for å
svekke, respektive fjerne
eller utrydde dette) eller
tiltaket tar sikte på slike
endringer i miljøet at men -
nesket beskyttes mot eller
isoleres fra det skadelige
agens. Og endelig kan det
primært forebyggende tiltak
være rettet mot individet
eller befolkningen selv, ved
å styrke motstandskraften
(immuniteten) ved generelle
eller spesifikke preventive
tiltak. Det verdensomfatten -
de forebyggende arbeidet mot
malaria ved å redusere volu -
met av det smittestoff som
er i sirkulasjon, er et ek -
sempel på den førstnevnte
type av tiltak, drikkevanns -
og kloakhygiene på den an -
nen type og poliomyelittvak -
sine på den tredje.

Det er verd å merke seg at
primær forebyggelse etter
denne definisjonen ikke uten
videre omfatter "health pro -
motion", skjønt overgangen
her på visse områder er noe
flytende. Ved "health promo -
tion" (helsefremmende til -
tak) forstås generell og
spesifikk tilretteleggelse
av livsvilkårene slik at
mennesket kan utvikle og ut -
folde seg i samsvar med de

Forts. neste side



«Dr. Wessel»
Hasvik

Sendt av dr.
Helge Kjuus

Primær, sekundær ...

anlegg, evner og muligheter det har. Det er særlig 3 sektorer som her er av fundamental betydning: 1) Familie- og boligmiljøet, 2) kostholdet, 3) arbeidsmiljøet.

Bortsett fra en viss overlapping med helsefremmende tiltak, står begrepet primær forebyggelse såvidt jeg kan se, noenlunde rent og selvstendig.

Secondary prevention = prevention of progress, kan for så vidt også enkelt oversettes med sekundær forebyggelse = forebyggelse av sykdommens fremadskriden eller utvikling. Her tenker man seg altså den situasjon at en sykdom, skade osv. er oppstått, idet de primært forebyggende tiltak ikke har vært tilstrekkelige til å hindre at sykdommen eller skaden oppstod hos individet eller gruppen.

"Screening" er nå mer eller mindre alment akseptert som en fast og lett definerbar kjerne i begrepet sekundær forebyggelse. Slik screening kan - med glidende overganger - sies å omfatte:

1. Undersøkelser med sikte på å avdekke asymptomatisk sykdom.
2. Undersøkelser med sikte på å identifisere sykdom hvor det ganske visst allerede er symptomer, men hvor disse av en eller annen grunn ikke har vært sterke nok til å motivere pasienten for å sette seg i kontakt med helsetjenesten.

I begge tilfeller gjennomføres screeningen ofte som masseundersøkelser, enten på totalbefolkningen eller - oftere - på en bestemt "population at risk".

Vel kjente eksempler er Wassermanns Reaksjon og undersøkelser på Rh, hemoglobin, vektøkning og forekomst av proteiner i urinen hos svangre kvinner, screeningen på Føllings sykdom hos nyfødte. Hos voksne har slike masseundersøkelser f.eks. tatt sikte på å avdekke forstadiene til cancer cervicis, glaucom hos folk over en viss alder, diabetes, anemi osv. Også det amerikanerne kaller "multiphasic screening", altså en generell un-



Doktor ...

Idag får vi en syk pasient

dersøkelse eller "check-up", hører med i denne sammenheng. Til tross for at slik screening hos voksne - inkludert undersøkelser av blodkolesterol, leverfunksjoner m.v. - neppe i noe tilfelle har gitt så overbevisende resultater at de berettiger til bruk av de sparsomme ressursene man rå over i helsetjenesten, har de fått adskillig popularitet og drives til dels med entusiasme. Familievernkontorene kan på sett og vis sies å være et forsøk på å applisere dette prinsipp på det emosjonelt - psykologiske kraftfelt som en familie representerer og som har vist seg å ha slik avgjørende betydning for det enkelte individs og familiens mantale og sosiale helse. Den "oppsøkende virksomhet" som i de senere år er drevet, særlig i ungdomsmiljøer hvor det foreligger stor risiko for misbruk av avhengighetskapende stoffer, hører med her og er etter mitt skjønn av de sekundært forebyggende tiltak hvor man klart kan vise til positive resultater. Begrepet sekundær forebyggelse viser ellers klar overlappning med kurativ medisin. Behandlingen av den syke eller skadede har jo som et av sine hovedformål nettopp å hindre at sykdommen progredierer. Allikevel kan man etter mitt skjønn si at begrepet sekundær forebyggelse i viss monn beriker begrepet kurativ medisin i snevrere forstand, idet det i sterkere grad inneholder et tids - element. Den klassiske kurative medisin konsentrerer seg først og fremst om en tidlig, eksakt og tilstrek-

kkelig differensiert diagnose og den mest mulig aktive behandling som kan sette inn - ofte i flere trinn - etter hvert som diagnosen blir mere avklart og pasientens reaksjon på de første instituerte kurative tiltak kan registreres. I begrepet sekundær forebyggelse fester man mere oppmerksomheten ved prognosen og ved de eventuelle etterbehandlings- og etterkontrolltiltak som må settes inn. Men begrepet sekundær forebyggelse innebærer mer enn dette: Kurativ medisin er etter sitt klassiske opplegg og fremdeles i våre dager stort sett individuell innstillet. Det er det syke, skadede osv. individ som er, ikke bare i fokus av interessen, men som så og si alle bestrebelser knytter seg om. Den sekundære forebyggelse tar det syke individs omgivelser i materiell forstand og hans sosiale miljø i menneskelig forstand med i betraktning. Det må treffes vel definerte forebyggende tiltak for at en tyfoidbasiliebærer ikke skal spre sykdommen til andre. Det samme er tilfelle for en rekke andre smittsomme sykdommer hvor den klinisk friske og fullt funksjonsdyktige basiliebærer er noe man må regne med. Den service som bør etableres for mange mentalt og sosialt syke eller funksjonshemmede, innebærer også som kjent en rekke tiltak i vedkommendes familie, på skole, arbeidsplass osv. om ikke lidelsen skal tiltas i omfang og/eller intensitet så vel hos den opprinnelige bærer av lidelsen som i omgivelserne.

Tertiary prevention = prevention of sequelae, kan oversettes med forebyggelse av følgetilstander. På lignende måte som sekundær forebyggelse har overlappning med kurativ medisin, har selv sagt den tertiære forebyggelse overlappning med attføring. Men igjen kommer forskjellen særlig frem deri at mens attføringen (rehabiliteringen) opprinnelig i det vesentlige konsentrerte seg om den aktivering, omskoling eventuelt yrkestrening man kunne gi det individ som hadde fått sin ytevne ned - satt gjennom sykdom eller skade, tar den tertiære forebyggelse også i høy grad sikte på omgivelserne. Skal attføring og resosialisering

Forts. neste side

Primær, sekundær ...

gi de optimale resultater, er det ikke bare tilstrekkelig at den pasient som har overlevet et hjerteinfarkt, en tverrsnittsavbrytelse av ryggmargen eller en ekstremitetsamputasjon, blir trent opp på riktig måte til å utnytte sine resterende ressurser og tilpasse sin belastning til det han naturlig kan yte. Også hans nærmeste i familien, på arbeidsplassen osv. må trekkes inn slik at de kan vise nødvendig forståelse for den nye situasjonen, akseptere det faktum at det er et helt annet individ de har med å gjøre nå enn før skaden eller sykdommen inntraff, og delta aktivt i å gjennomføre den nye livsplan vedkommende må leve etter. På det enklere plan kan man også si at det arbeid som en fysioterapeut utfører for å trene opp et menneske etter en større skivelesjon (nucleus-prolaps) hofteteleddoperasjon med innsetning av protese eller et komplisert brudd som har omfattet begge ben i leggen, kommer inn under begrepet tertiær forebyggelse. Det er følgetilstandene som på denne måten effektivt kan motarbeides. I den mentale og sosiale helsepleie vil tertiære forebyggende tiltak ifølge sakens natur komme til å spille stor rolle, men det må medgis at vårt helsestell bare langsomt er i ferd med å tilpasse seg til denne nye oppgaven.

Verdien ved begrepene sekundær og tertiær forebyggelse ligger først og fremst i at sykdom, skade, funksjonshemning osv. oppfattes dynamisk og ikke statisk, videre deri at det alltid sees i sin sosiale sammenheng, dvs. som en faktor i et levende menneskesamfunn hvor man også i tilstrekkelig grad tar tidselementet, dvs. fremtiden med i betraktning. Man erkjenner derigjennom også det relative i begrepene sykdom, helse, bredelse funksjonshemning osv. "Helbredelse" er en abstraksjon i den forstand at ingen som har gjennomgått og overlevet en noenlunde alvorlig sykdoms skade eller annen lidelse, er den samme etter denne opplevelse som før. Hun eller han er endret, som regel svekket, og bevisste planmessige tiltak er nødvendige for å hindre videre utvikling og følgetilstand.

Dr. Arne Smit:

Bedriftslegeundersøkelser

Av UTPOSTEN er jeg blitt anmodet om en orientering om bedriftslegeordningen ved Christiania Spigerverk, Oslo, hvor jeg har vært bedriftslege 13 år i deltidsstilling med 20 ukentlige arbeidstimer.

Ordningen har vært i virksomhet fra slutten av 1940-årene og har gjennomgått mange forvandlinger i sin historikk.

Før jeg kommer inn på mer konkrete sider ved funksjonen i dag finner jeg det riktig å legge frem litt av de tanker som en bedriftslegeordning hviler på.

Som individer er vi alle utrustet ulike, såvel hva fysiske som psykiske ressurser eller evner angår.

Gjennom lek, skole og videre arbeidsliv møter vi så krav til ydelse eller om man vil belastning.

Dette avspeiler seg også klart i vår lovgivning. Mens sykeforsikringen (senere syketrygden) nå er basert på den tankegang at et individ enten var "syk" eller "frisk" og bare dekket de utgifter som var forbundet med den kurative innsats for å overføre individet fra syk til frisk, har vi en overgangsperiode fått lovgivning som også dekker den sekundære og særlig den tertiære forebyggelse (eksempelvis lov om attføringshjelp og uføretrygd, bestemmelser om ettervern i lov om psykisk helsevern). Nå går som kjent tendensen i retning av å forenkle lovgivningen slik at så vel primær som sekundær og tertiær forebyggelse blir dekket gjennom folketrygden. Bestrebelsene for å endre og utvide helseinstitusjonenes oppgaver og for i den primære helsetjeneste å skape kombinerte serviceorganer på helse- og de nærliggende områder av sosialsektoren, er eksempler på hvordan helse-tjenesten i praksis er i ferd med å omstille seg til dette nye, mere realistiske og fruktbare relative syn på sykdom og helse. Særlig tydelig ser man denne tankegangen i forbindelse med be-

belastningen er ikke utelukkende fra arbeidslivet, men også fra samfunnslivet såvel familiært som i videre forstand.

Våre individuelle ressurser vil så være bestemmende for i hvilken utstrekning ydelseskravene kan imøtekommes. Er det balanse mellom de to momenter, ressurser og krav, vil oftest arbeidsførhet foreligge. Bringes nu balanseforholdet ut av likevekt, vil dette forhold endres. Balanseforholdet kan komme ut av likevekt enten ved at ressursene svekkes ved sykdom eller ved at kravene blir urimelige. Om kravet nu overstiger ressursene, vil en overbelastning melde seg. Denne vil lett yderligere svekke ressursene. En ond sirkel vil tre i virksomhet og arbeiduførhet vil være ventelig periodisk eller permanent.

Forts. neste s.

grepet "funksjonshemmet": Det finns vel neppe det mennesket som fungerer så godt at han eller hun ved egnet selvransakelse ikke er klar over at de kunne fungere enda bedre om visse vilkår (i deres omgivelser) var oppfylt. På den annen side fins ingen aldri så sterkt funksjonshemmet som ikke har rester av funksjonsevne tilbake som ved egnet faglig innsats kan styrkes, utvikles og forfinnes.



Har De nå forstått dette?

Bedriftslege- ...

Analyse av belastningsfaktorene i dagens samfunn er komplisert. Resursvurdering er ikke enklere.

Den kurative medisin har sin oppmerksomhet primært rettet mot resursforholdene. Sosi- almedisinen konsentrerer seg om de sosiale balanseforhold. Bedriftsmedisinen burde ha som hovedoppgave å medvirke til at arbeidsmiljøet i vi- deste forstand legges til rette, svarende til mennes- kets forutsetninger såvel psykisk som fysisk. En ikke ubeskjeden målsetning. Enhver helseresurs kan knek- kes ved overbelastning. Raskt ved akutt skade, over- lengre eller kortere sikt om over- belastning virker over ut- strakt tidsfase.

WHO definerer helse ikke ba- re som fravær av sykdom, men som en tilstand av fullkom- men psykisk, sosial og fy- sisk velvære. Bedriftsmedi- sinen oppfatter helse som en optimalt avpasset balanse mellom resurser og ydelses- krav. Uten belastning vil enhver funksjon atrofiere. At belastning i dag, selv om avbalansert, kan oppfattes som "ikke velvære", tør det neppe være tvil om.

Bedriftsmedisinen hovedopp- gave kunne slik defineres som medvirkning til og over- våkning av at optimale ba- lanseforhold foreligger i arbeidslivet. At overbelastningsforhold unngås i størst mulig utstrekning.

Ved fysiologisk aldring vil ofte ressursene senkes. Sva- rende til dette bør arbeids- belastning modifiseres. Over- belastningsforhold vil kunne akselerere fysiologisk ald- ring og en aktiv bedriftsme- disin vil se det som sin oppgave å medvirke til at de degenerative processers inn- slag i helse og arbeidsfør- het motarbeides profylaktisk fra tidligste fase i arbeids- livet.

De rutinemessige sykliske bedriftslegeundersøkelser bør vurderes under denne synsvinkel. De har riktignok

også sitt kurativt medisinske innslag, men det ergono- miske aspekt ved disse un- dersøkelser må vurderes som primært siktemål i bedrifts- medisinen.



Relevansen av en bedriftsle- geordning synes å måtte vur- deres på basis av bedriftens art. I bedriftsliv hvor be- lastningsforhold er spesielt fremtredende såvel fysisk som psykisk eller kjemisk, synes ordningen å måtte ha høy prioritet. I arbeidsliv hvor belastningsfaktorene er rimelige og ikke variable, vil en bedriftslegeordnings prioriteringsforhold vel måtte være gjenstand for for- skjelligartede oppfatninger.

Mennesket må oppfattes som en enhet, og en holisistisk vurdering er derfor uom- gjengelig i de foreliggende medisinske infiltrerte situa- sjoner. Det vil derfor være vanskelig å skille kurativt medisinske innslag resp. so- sialmedisinske gjøremål helt fra rene bedriftsmedisinske forføyninger. Hvorledes en bedriftslegeordning i prak- sis vil fungere, er avhengig av flere faktorer hvor ikke minst bedriftens art, stør- relsesordning og geografiske beliggenhet vil være vektige faktorer. Videre vil det være avgjørende for en kon- struktiv virksomhet at den medisinske sektor ved be- driftslegeordningen har inn- sikt og interesse for denne oppgave og videre at de nevnte synspunkter vekker gjen- klang i bedriftens teknisk- personelle administrative, ansvarlige ledelse. Om det ikke lykkes å opprette et gjensidig tillitsfullt og levende samarbeide, vil be- driftsmedisinen lett kunne bli en abstrakt innretning

som rubriserer uten å kunne være med i den virksomme prosess. Avhengig av de nevnte faktorer som en rele- vant bedriftslegeordning hviler på, vil derfor en ar- beidsmodell som skal følges slavisk, lett kunne bli en abstraksjon.

Opplegg ved Spigerverket:

Ved Spigerverket, Oslo er ordningen etterhvert blitt en funksjon hvor det medisinske syn møter de teknisk per- sonelle synspunkter, og hvor man i et møte mellom disse synspunkter er på vei i et samarbeid av ergonomisk ka- rakter i videste forstand. Bedriften er en tungindustri, stålverk med foredlingsan- legg. Ca. 1700 ansatte hører under ordningens ansvarso- råde. Ca. 100 kvinner. Av de 1700 ansatte ca. 1200 på operasjonsside. Øvrige funk- sjonærseksjon. Ca. 30% an- satte over 50 år, ca. 15% over 60 års alder.

Ordningen fungerer senere år med bedriftslege 20 uketimer, 2 hel tids bedriftssøstre. 1 ca. 20 uketimers bedrifts- søster. Fysioterapeut med ca 20 uketimer. Fysioterapi gis ved institutt opprettet av bedriften uten utgift for de ansatte og uten trekk i lønn i behandlingstiden.

Ca. 50% av bedriftslegetiden anvendes til de rutinemessige sykliske rutineundersø- kelser. Ca. 25% av tiden til fri konsultativ virksomhet. De resterende ca. 25% av ti- den anvendes til deltagelse i vernearbeide, ergonomi, kurs og møteaktivitet, info- masjon, rapportering.

For de sykliske rutineunder- søkelser er undersøkelsesin- tervallet selektivt avpasset etter alder, helsesituasjon og yrkesbelastning. Interval- let varierer fra 3-4 ggr./år el. oftere til 2-3 år. De slaviske undersøkelser av alle ansatte årlig følges ikke. Hvor dysbalanse mellom hel- seresurser og belastning fore- finnes, søkes dette utbedret i samarbeide med personalsek- sjon og linjens ansvarlige. I en rekke tilfelle ordnes senere år-deltids arbeide og 50% trygd. Alle nyansatte undersøkes kort etter anset- telse.

Den konsultative ordning står åpen med kort ventetid. Kon-

Forts. neste side



Bedriftslege- . . .

sult kun etter timeavtale. Det sier seg selv at på steder hvor bedriftslegen er eneste tilgjengelige medisinske konsulent, vil denne side av ordningen kunne kreve større plass. Konsultasjonene åpne til enhver tid for akutte skader og sykdommer. Vel 20% av de som konsulterer i den fri konsultative virksomhet, henvises videre annen medisinsk instans. I den konsultative virksomhet ligger godt av hovedtyngden på sjelettmedisinsk problematikk som bearbejdes i samarbeide med bedriftens fysioterapeut.

Vernearbeide og ergonomi.
Vernearbeide ledes av egen verneingeniør. Bedriftslegen deltar i alle verneutvalgs-møter. Fra 1963 er et ergonomisk utvalg opprettet. Dette utvalgs målsetning er praktisk å virke for at arbeidsmiljø i videste forstand tilrettelegges svarende til menneskets fysiologiske og psykologiske forutsetninger. Målsetningen er slik av teknologisk natur. I utvalget sitter Verkets øverste daglige leder som formann, 1 representant for operatører, 2 fra linje og stabsfunksjoner. Verneleder og bedriftslege. Øvrige kan innkalles for saksbehandling. Verkets arbeidsplasser har vært systematisk kartlagt med henblikk på ergonomisk problematikk. Nyanlegg og nytt utstyr vurderes fortløpende. Ønskede endringer prioriteres, budsjetteres og iverksettes innen rammen av det økonomiske mulige. Eget ergonomisk kontonummer har lettet linjens gjennomføringsmuligheter økonomisk sett. Meget er utført og meget gjenstår.

Hvor foretatte endringer kan visualisere ergonomisk tankegang er dette gjort ved fotos før og etter endring.

Dette har vist seg positivt i PR og kurs-møte-aktivt øyemed. Et "feltteam" i utvalget utfører feltarbeidet i samarbeide med de resp. avdelingers ansvarshavende. Informasjon fra linje til utvalg og tilbake skjer via linjens representanter i utvalget. Det kan her anmerkes at idealmodellen for ergonomisk aktivitet ligger i at linjen til enhver tid selv ivaretar sin ergonomiske interesse uten saksgjennomgang gjennom utvalg. Min erfaring her synes å ha vist at utvalget har vært nødvendig for en rekke endringer.

Etter 13 års erfaring fra deltids bedriftslegevirksomhet ved Spigerverket er det mitt inntrykk at bedriftslegeordningen her ikke kan betegnes som en "luksusinnretning hvor man undersøker friske mennesker". Ordningen synes ved en bedrift som Spigerverket å måtte ha rimelig høy prioritet i primærlegesektoren.

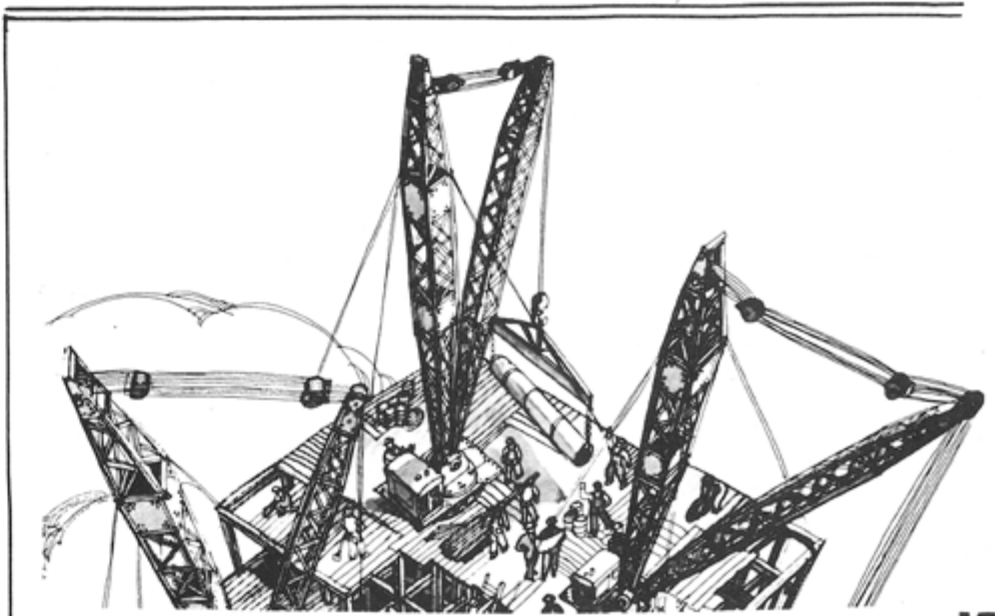
Ved Spigerverket er det etter mitt skjønn foreløpig ikke egentlig behov for å utvide ordningen til også å omfatte de ansattes pårørende som

ikke arbeider ved Spigerverket. En slik evt. utvidelse vil da gå ut over rammen av det som egentlig ligger til grunn for en bedriftslegeordning. Under andre geografiske forhold med andre hjelpepersonellresurser vil en slik utvidelse måtte vurderes ut fra de foreliggende forskjelligartede forhold.

Avsluttende vil jeg anføre at vi alle erfarer at tidens teknologiske utvikling skjer med stor fart. Det er da også av betydning at et praktisk, aktivt forum pleies, der biologisk og teknologisk bevissthet kan møtes i gjensidig tillit og vekst. Et slikt samarbeidsforum kan en bedriftslegeordning representere, men selvsagt, som på alle livets øvrige felter, sterkt avhengig av de mennesker som bekler institusjonens

personell. Om et slikt samarbeide lykkes, tror jeg det vil kunne ha ikke liten betydning for det fremtidige arbeidslivets videre utforming.

Dr. Arne Smitt



Dr. Lorentz Nitter: Behandling av terminale kreftpasienter

Illustrerende kasustikker



Nitter-kuren anvendt på pasienter med langtkommet cancer:

Pasient nr. 1 (fig. 1, 2 og 3).
Kvinne 67 år. D: Ca. mammae cum.met.gen.
Menvendelse fra distriktslege 27.5.1970 i anledning denne pasient som lå hjemme med svære smerter. Lunge-og utbredt sjelettspredning. Primærbehandling 1964.

I 1967 recidiv, senere røntgen- og Sendoxanbehandling på det lokale sykehus, den siste med atskillige bivirkninger.

2.6.1970 igangsatt kombinasjonsbehandling av distriktslegen. I løpet av 2 uker tegn på bedring som siden fortsatte jevnt. Nærmest smertefri fra slutten av juli. Ved kontroll hos meg i begynnelsen av oktober 1970 medbragte hun resultater av distriktslegens blodstatus (fig.1) omsatt i lillineære diagrammer (fig.2). Fig. 3 viser en del av det videre forløp. Hun står på 250 mg som enkeltdose idet hun ikke tåler 500 mg. En infeksjon i sommer satte henne noe tilbake, men ellers i god almentilstand. Normale blodprøver, bortsett fra lett forhøyet alkalisk fosfatase, som man også ser ved reparative forandringer. Hittil fått ialt 84 000 mg F.U., hele behandlingen har vært gjennomført hos den lokale lege.

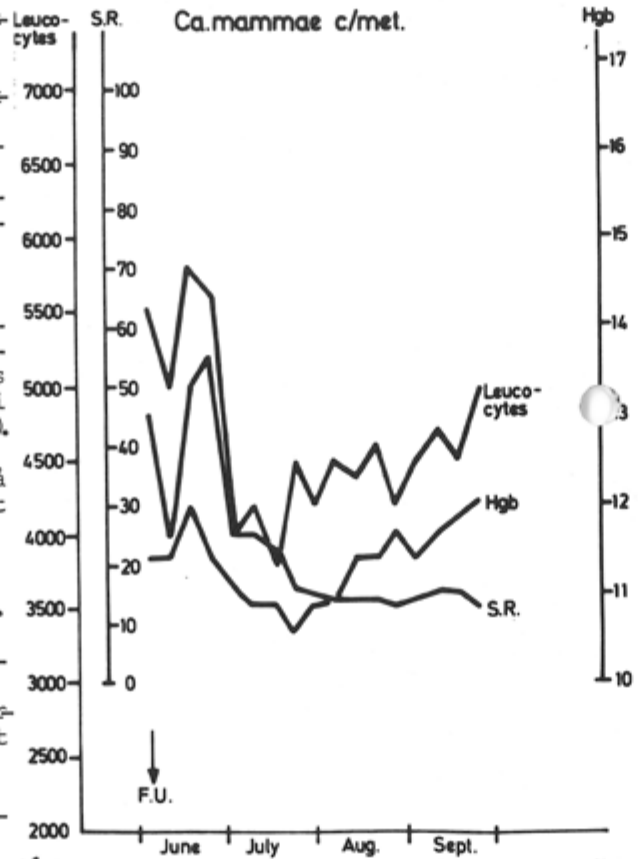


Fig. 2

Fig. 1

Date	SR	Hgb.	Hv.bl.
5.6.70:	63mm	80%	4800
12.6.	50	80	4000
19.6.	70	84	5000
26.6.	65	80	5200
3.7.	25	78	4000
10.7.	25	76	4200
17.7.	22	76	3800
24.7.	16	74	4500
31.7.	15	76	4200
7.8.	14	76	4500
14.8.	14	78	4400
21.8.	14	80	4600
28.8.	13	80	4200
4.9.	14	82	4500
11.9.	15	80	4700
18.9.	15	82	4500
25.9.	13	84	5000

Fig. 3

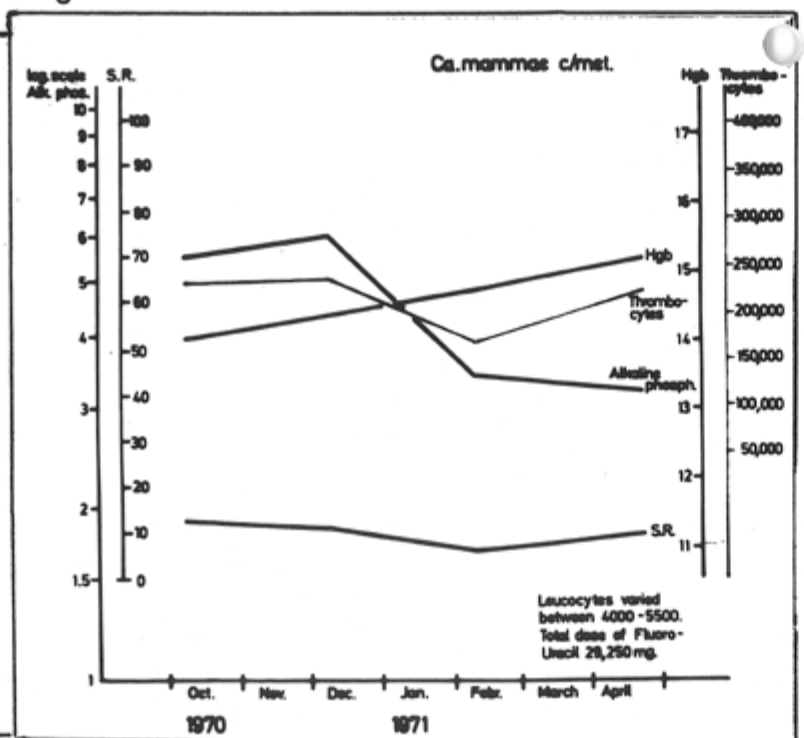
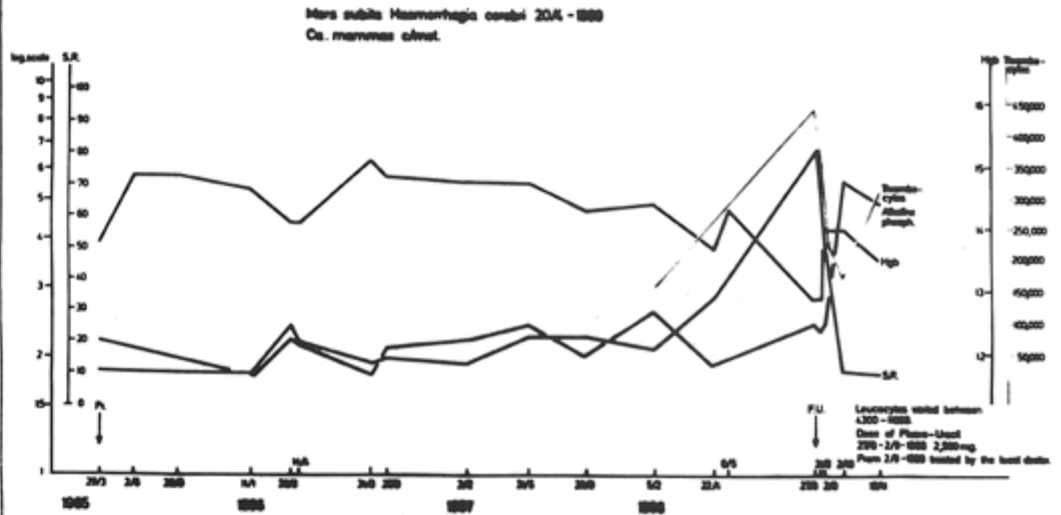


Fig. 4



Illustrerende ...

Pasient nr.2. Kvinne 47 år.
D: Ca. mammae cum.met.
Primærbehandlet ved annet sykehus 1963 for sjelettmetastaser. Fra 1965 Primobolan-Depot. Fig. 4 viser blodverdiene videre forløp. Stort sett bra til hun i begynnelsen av august 1968 fikk sterke smerter i cervicalcolumna p.g.a. destruksjon i to hvirvler. I tiden 27.8. - 2.9. bodde hun på hotell i Oslo og fikk i løpet av denne tiden 2 500 mg F.U. (500 mg pr. dose). Dette ble gjort p.g.a. tidsnød. Smertene ga seg raskt og blodkortet viser det raske S.R.-fall. Senere behandling hos legen på hjemstedet. Mors subita i april 1969 p.g.a. hjerneblødning, antagelig i en metastase.

Pasient nr.3. Kvinne 58 år.
D: Ca. mammae cum.met.
Tegn på metastasering (fig.5) utviklet seg utover høsten 1965 med stigende S.R. Igangsett Primobolan-Prednison-behandling i mars -66 med god effekt. Raskt fall av S.R. fra 110 mm.
Utover i 1968 igjen atskillige smerter, fikk B-kompleks og Betolvex for å bedre hennes almentilstand som til tross for utbredt metastasering holdt seg merkelig godt oppe. Utover høsten svære smerter, stigende S.R., og alkalisk fosfatase. I slutten av oktober igangsett kombinasjons-behandling med Fluoro-Uracil. Rask subjektiv bedring hvilket også gjenspeiler seg i de forskjellige blodverdier. (fig.6) Det forelå også tegn på leverspredning. Var meget kjekk inntil våren 1970. I juli s.å. rekonvalesent hjem, ble plutselig dårlig og døde bare en ukes tid senere.

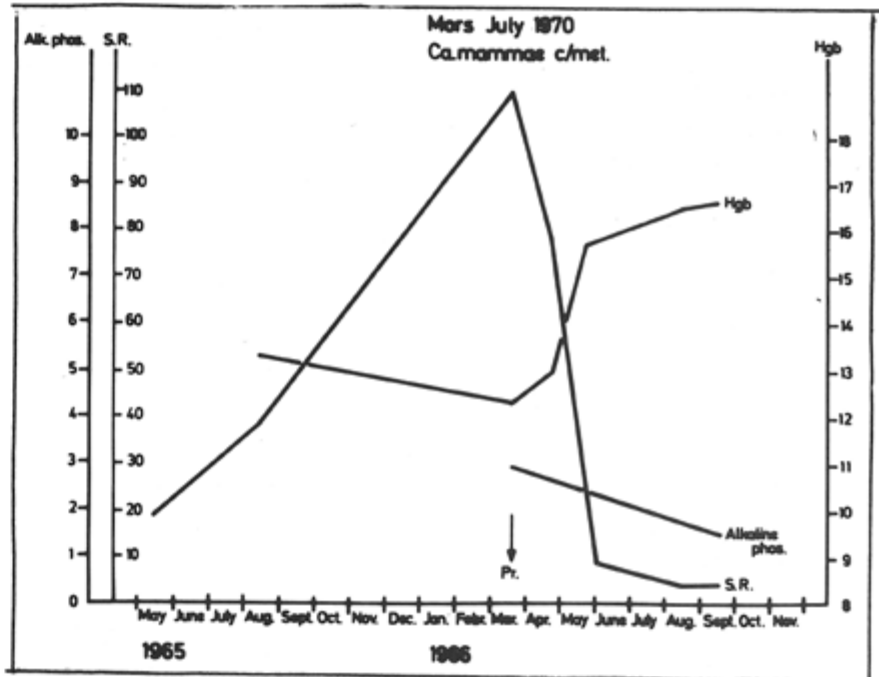


Fig. 5

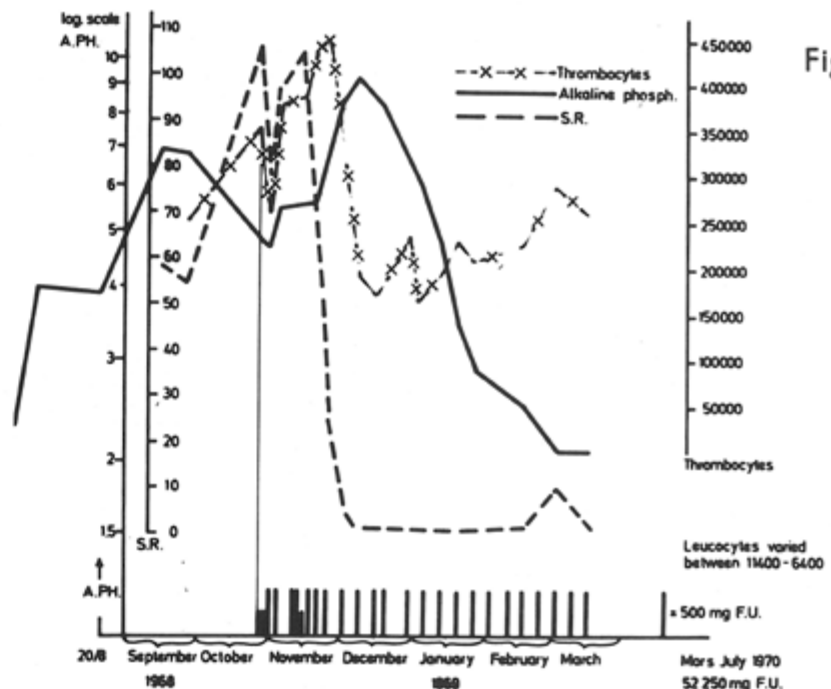
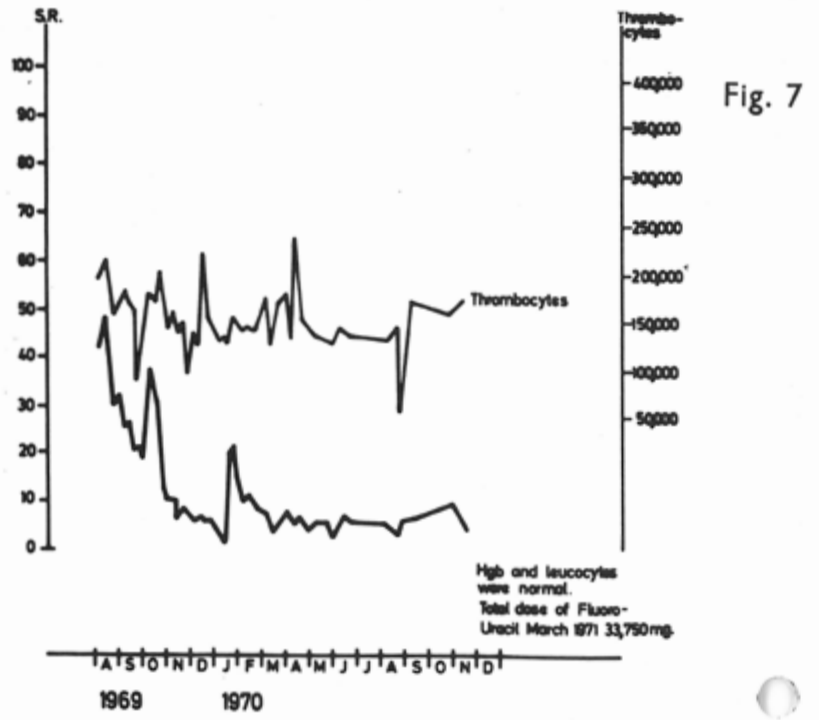


Fig. 6

Illustrerende kasustikker ...

Pasient nr.4. Mann 59 år.
D: Ca. bronchiale op.cum.met.
Et år forut lobectomi venstre overlapp. Henvist i august 1969 for utbredt metastase - ring i mediastinum, delvis med kompresjon av oesophagus samt store hudtumores på for- siden av thorax. Igangsatt poliklinisk kombinasjonsbe- handling. Denne har han tålt godt. Fig.7 viser trombocyt- og S.R.-verdien den første tiden. Siden har det gått bra og forandringene er gått tilbake.



Pasient nr.5. Kvinne 56 år.
D: Melanoma cum.met.
Utover våren 1971 dårlig, tegn på lungemetastaser. Igangsatt kombinasjonsbehand- ling, også med tillegg av Natulan 2.7.-71. Blodkortet (fig.8) viser det videre for- løp. I begynnelsen av novem- ber var det tydelig tilbake- gang av spredningen, men en senere infeksjon med influ- ensa og pneumoni kompliserte det videre forsøk på behand- ling.

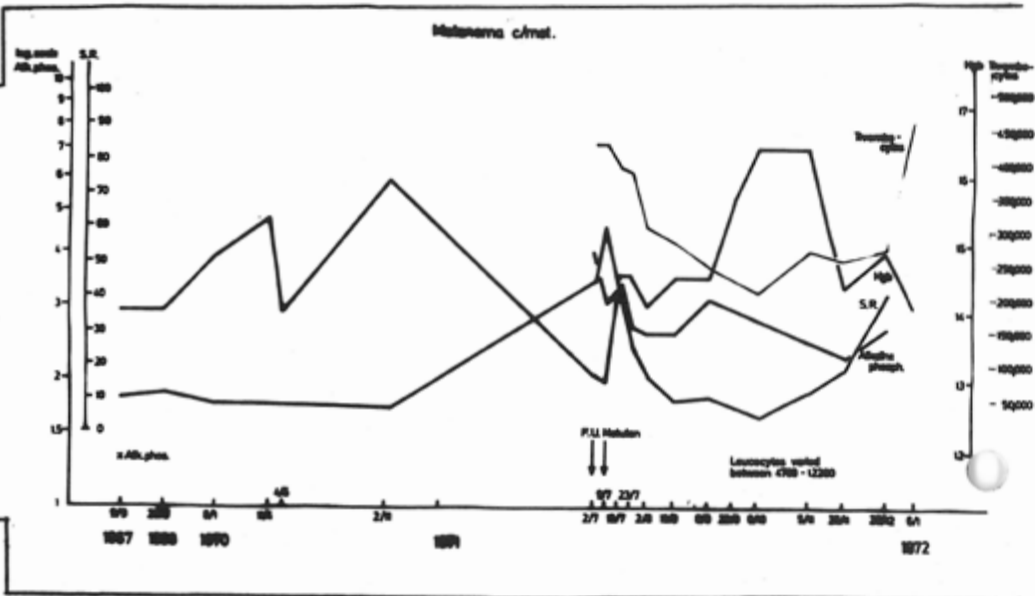


Fig. 8

Pasient nr.6. Mann 54 år.
D: Ca. ventriculi op.cum.met.
Ventrikkelseksjon 1967. Re- cidiv juni 1970 - laparatomi viste spredning. Fra begyn- nelsen av juli igangsatt kombinasjonsbehandling gjen- nom hans private lege. Fig. 9 viser resultatet av blodsta- tus de første 4 måneder. Kom seg raskt og var i fullt ar- beide. I mars 1971 infeksjon som satte ham en del tilbake. Tålte den videre behandling godt. Døde plutselig vel 1 år etter igangsatt behand- ling, antagelig ventrikkel - ruptur.

Fig. 9

Dato	3/7-70	7/8-70	11/9-70	14/10-70	24/11-70
Hgb. g/100 ml blod (12-16.5 g)	12,-	11.6	10,3	12,3	B.-
Røde blod leg. (4.2-5.8 mill./mm ³)	436	4400	4,16	4,84	4,40
MCH (27-32 pg)	28	28	25	26	30
Hvite blodleg. (5-8000 /mm ³)	6300	5500	6900	5500	5500
S. R. (♂ 7 mm, ♀ 11 mm)	51	46	18	14	22
Trombocytter (2-300 000/mm ³)	291000	296000	253000	289000	221000

Forts. neste side

Hva er Nitter-kuren?

NITTER-KUREN.

Hva består egentlig Nitter-kuren i, dr. Nitter?

1. Anabolt steroid.
2. B-vitaminkompleks.
3. B¹² - Depot.
4. Ernæringstilskudd.
5. Fluoro-Uracil (eventuelt andre cytostatica).

Hvorfor man ved en slik behandling forbedrer virkningen av Fluoro-Uracil alene samtidig som man unngår bivirkninger, er på det nåværende tidspunkt ikke sikkert mulig å bevise. Dette vil bli gjenstand for nærmere omtale i det kommende arbeid.

1. Anabolt steroid: Primobol Depot, 1 citole intra-muskulært hver uke. Etter hvert kan man forlenge intervalleret til 2 uker, avhengig av pasientens blodstatus og eventuelle bivirkninger.

2. B-vitaminkompleks: AFI-B-Total forte, 3 ml intramus-kulært 2 ganger i uken.

3. B¹²-Depot: Av forskjellige grunner startet jeg opp rinnelig med Betolvex "Dumex", 1 ml intramuskulært hver uke. Jeg er blitt anbefalt stort sett å holde meg til den dose idet B¹² også spiller en sentral rolle i proteinsyntesen generelt. I enkelte tilfeller er intervalleret øket til 2 uker.

B¹²-undersøkelser i blodet er foretatt. Så snart for-holdene tillater det, vil bestemmelse av B¹² utskillelse i urinen bli satt igang. Samtidig vil også andre B¹²-preparater bli prøvet.

4. Ernæringstilskudd: Det er jo en kjent sak at cancerpasienter ofte spiser dårlig. Kostholdsanamneser som jeg foretok, viste også svikt i ernæringen. - For å få tilfredsstillende effekt av anabolt steroid startet jeg i 1963 med tillegg av protein-vitamin-mineral-konsentrat. Sannsynligvis spiller også innholdet av mineraler i kosten en stor rolle. Her har jeg også bl.a. kalium-bestemmelser å støtte meg på. - Fra 1963 brukte jeg Meritene, og i 1969 fikk vi det norske preparat AFI-Nutrin. Til å begynne med har jeg anbefalt 100 gr. i 1 liter vann daglig fordelt på 4 ganger, som egne måltider, da det metter

Min erfaring er at preparatet tåles bedre i vann enn i melk. Etter hvert kan dosen senkes noe. - Mange dårlige pasienter har hatt stor nytte av disse preparater. I spesielle tilfeller, hos pasienter bl.a. med cancer ventriculi, cancer pancreatis og cancer coli er som tillegg anvendt Biosorbin, 40-80 gr. utrørt i vann daglig. Her spiller bl.a. resorbsjonsforholdene når det gjelder fett, inn.

Cytostatica: Pasientens vekt spiller som bekjent en viss rolle for dosens størrelse. Jeg har gått ut ifra en vekt på ca. 60 kg, og for å forenkle det hele, har jeg stort sett brukt følgende dosering:

Fluoro-Uracil: De første 2 uker 250 mg (5 ml) intravenøst 3 ganger i uken. Hvis dette tåles godt, økes så til 10 ml 2 ganger i uken. Etter en totaldose på 4-5000 mg kan dosen ofte senkes til 500 mg den ene gang og 250 mg den annen pr. uke.

Jeg har med dette preparat tilstrebet en kontinuerlig behandling som med den støt-behandling jeg bruker, praktisk talt ikke gir bivirkninger. Disse innfinner seg i tilfelle i alminnelighet i begynnelsen av behandlingen og spesielt hvis man da gir for store doser.

En viss tretthet merker enkelte pasienter den dag de har fått injeksjonen. Ved eventuell kvalme kan gis et antihistaminikum like forut for injeksjonen. Diaré sees på denne behandling meget skjelden. Et nytt stoff Phosphalugel som jeg nettopp har fått kjennskap til, skal også kunne beskytte mot diaré.

Parentrovite (B-C-kompleks) for intramuskulær og intravenøs injeksjon har jeg siden august i fjor hatt gode erfaringer med hos pasienter bl.a. med abdominalcancer. AFI-B-Total forte er da sløffet. I tillegg har disse pasienter da gjerne fått 2-3 ml ABCDin intramuskulært en gang i uken ved siden av. - Parentrovite for intravenøs injeksjon kan gis i samme spiss som Fluoro-Uracil og pasienten spares dermed for en intramuskulær injeksjon.-

ROLANDAËL



Hva er Nitter-kuren...

Dette preparat har dertil i daglige doser vist meget god effekt sammen med antibiotika hos enkelte meget dårlige cancerpasienter hvor tilstanden er komplisert med infeksjon. - Ved infeksjon bør cytostatica for en kort tid seponeres og man bør snarest mulig behandle pasientens infeksjon som ellers fører til rask spredning av sykdommen. - Stort sett synes det imidlertid som om pasienter på kombinasjonsbehandlingen er meget "beskyttet" mot infeksjon, som før om - talt.

Jeg har først og fremst høstet min erfaring hos pasienter med cancer mammae-meta-staser. Hos disse har jeg som regel startet med Primobolan Depot ved siden av Prednison sammen med ernæringskonsentrat og B-vitaminer primært. Hvis ikke det i løpet av kort tid kommer skikkelig effekt, har jeg så gått over til Fluoro-Uracil. Her har resultatene først og fremst når det gjelder skjelettmetastaser, delvis også når det gjelder lungemetastaser, vært meget gode.

Når det gjelder "andre" cancerformer har kombinasjonsbehandlingen gitt overraskende resultater ved langt - kommen cancer ventriculi, cancer coli-recti, cancer pulm og cancer renis cum.met. - Når en større destruksjon i trochantermassivet med spontanfractur (spredning fra cancer renis) skleroser og pasienten igjen er i funksjon og i god form etter noen måneder, er det en oppmuntrende observasjon i tillegg til de andre jeg har hatt med denne lidelsen.

Ved andre cancerformer har jeg anvendt Natulan, enten sammen med Fluoro-Uracil (malign nævuscelletumor cum.met.), ca. 2 tab.daglig. - Ved isolert dosering er brukt 1 tab.daglig stigende med 1 tab. daglig til 4 tab.daglig i 2 uker, så ned til 3 tab. daglig i noen uker og så eventuelt en vedlikeholdsdose på 2 tab.daglig.

Sendoxan er anvendt, da i alminnelighet i mitt klientell som vedlikeholdsdose, 2 tab. daglig.

Jeg poengterer uttrykkelig

at dette er en foreløbig oversikt etter mange anmodninger som følge av det store behov jeg vet foreligger.

Ved hver behandlings begynnelse bør det tas blodstatus, også med trombocytter. Trombocytopeni ser jeg praktisk talt ikke. Det foreligger tallrike blodprøver hos hver av alle pasientene i mitt materiale. Resultatene spesielt når det gjelder S.R., Hgb. og Alkalisk fosfatase, er en god indikator på sykdommens forløp og behandlingens mulige effekt. Fra materialet har jeg hentet noen diagrammer som i den ferdige bok kommer i farger.

Jeg er fullstendig klar over at det her kan foreligge overbehandling. Jeg har imidlertid valgt å holde en fast linje og har funnet det riktig å trappe behandlingen ned, hvilket også kan føre til nervøstet hos pasientene. - På denne behandling kan blodprøvenes antall reduseres til et minimum som også distriktslege Hansen anfører. Det er jo en stor fordel, ikke minst for den praktiserende lege.

ABCDin injectabile

FERROSAN



UTPOSTEN

Nr. 7 - 1972:

Desember

FORSKNING
I ALMEN PRAKSIS

Nr. 1 - 1973:

Januar

LEGEN OG TRYGDENE

Distriktslegen i Måsøy

Havøysund

16/10-72.

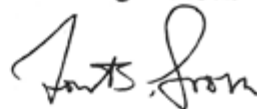
A/S Farmaceutisk Industri.
Informasjonsavd.
Lillogt. 3.
Oslø 4.

Informasjon til turnusleger.

Mottatt informasjonsmaterieil til
3 tidligere turnusleger.
Tillater meg å gjøre oppmerksom på
at en turnuslege er i distrikt 1/2 år.
Det ville være en stor fordel om post
etter den tid ikke ble sendt ved-
kommende distriktslege.

Havøysund 16/10-72.

Vennlig hilsen



Jon B. Grova.
distr. lege

3 vedlegg.

DOSEDIRIGERT DIURESE

Impugan
FUROSEMID

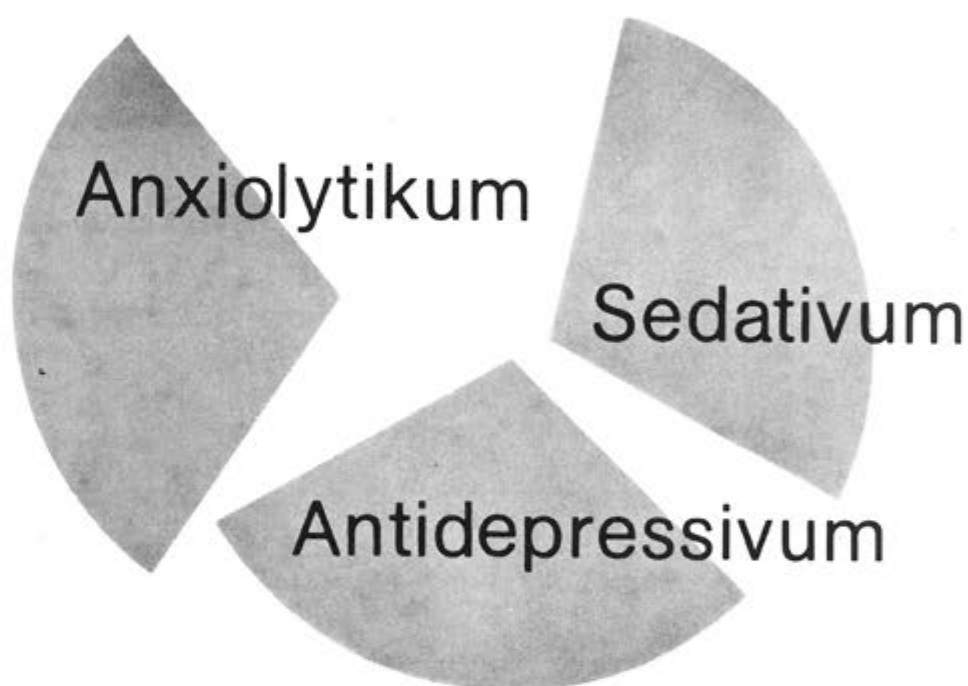
ØKONOMISK TERAPI

Bivirkninger, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler,
dosering, pakninger og priser: Se Felleskatalogen.

DUMEX

BURONIL®

**Ved behandling av
insomnia, depresjon
og angst**



Surmontil®

M.h.t. bivirkninger, forsiktighetsregler og kontraindikasjoner se Felleskatalogen 1972.

rhodia

Pharma Rhodia
Sandviksveien 12, 1322 Høvik, Telefon 537803 og 533543.